

Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter: erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern

Buhr, Petra; Klinke, Sebastian

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Buhr, P., & Klinke, S. (2006). *Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter: erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern*. (ZeS-Arbeitspapier, 6/2006). Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-109266>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Petra Buhr, Sebastian Klinke

Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter

Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie
in vier Krankenhäusern

ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006

Petra Buhr
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
E-Mail: pbuhr@zes.uni-bremen.de

Sebastian Klinke
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
E-Mail: sklinke@wz-berlin.de

Wir danken Bernard Braun, Rolf Müller und Heinz Rothgang für Kommentare zu einer ersten Fassung dieses Arbeitspapiers.

Herausgeber:
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
- Barkhof -, Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421/218-4362
Fax: 0421/218-7540
e-mail: srose@zes.uni-bremen.de
<http://www.zes.uni-bremen.de>
ZeS-Arbeitspapiere
ISSN 1436-7203

Zusammenfassung

Mit der Einführung der Diagnose orientierten Fallpauschalen (DRG) haben sich die finanziellen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser in Deutschland verändert. Es wird befürchtet, dass die schon vor Einführung der DRG festzustellende Orientierung an wirtschaftlichen Zielen unter DRG-Bedingungen zunimmt und insoweit negative Folgen für die Patientenversorgung eintreten werden. Welche Folgen die DRG-Einführung für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus und die Qualität der Patientenversorgung hat, wird im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) untersucht, das vom Zentrum für Sozialpolitik in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin durchgeführt wird. In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse der *qualitativen* Teilstudie von WAMP vorgestellt. Es wird untersucht, wie sich die DRG-Einführung aus Sicht der von uns interviewten Krankenhausleitungen, Ärzte und Pflegekräfte auf die Patientenversorgung auswirkt. Dabei wird auch kurz darauf eingegangen, ob es sich um eine einheitliche Entwicklung handelt oder ob es Spielräume bei der Umsetzung der Anforderungen des DRG-Systems gibt bzw. ob Unterschiede zwischen oder sogar innerhalb einzelner Krankenhäuser festzustellen sind.

Summary

The introduction of diagnosis related groups (DRG) has changed the financial conditions for hospitals in Germany. Some people fear that the DRG will emphasize economic considerations in patient related decisions and deteriorate the quality of care. The research project “Change of medicine and care in the DRG-system” which is carried out by the Centre for Social Policy Research in collaboration with the Social Science Research Center Berlin investigates if the introduction of DRG affects the working conditions of hospital staff and the treatment of patients. The study consists of three quantitative longitudinal surveys (patients, nurses and doctors) and qualitative case studies in four German hospitals. In this paper we present results from the qualitative interviews with nurses, doctors and administrative staff to sketch out how the quality of care looks like after the introduction of DRG in Germany and if there are similar results in the four hospitals we have investigated.

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Methodische Vorbemerkungen.....	10
3	Versorgungsqualität im DRG-System	13
3.1	Handwerklich-technische Dimension der Versorgung.....	14
3.2	Ganzheitliche oder patientenzentrierte Dimension der Versorgung	18
3.3	Soziale Dimension der Versorgung.....	25
4	Spielräume der Krankenhäuser und Einflussfaktoren auf die zukünftige Entwicklung	28
5	Fazit	31
6	Literaturverzeichnis	34

1 Einleitung

Die Rahmenbedingungen für die deutschen Krankenhäuser haben sich seit Mitte der 1990er Jahre grundlegend geändert. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wurden das seit 1972 geltende Selbstkostendeckungsprinzip aufgehoben, die Krankenhausbudgets begrenzt und pauschalierte Vergütungsformen für die chirurgischen Fächer und einige diagnostische Maßnahmen eingeführt. Mit der umfassenden Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) seit dem Jahr 2003 ist das Finanzierungs- und Abrechnungssystem der Krankenhäuser nochmals auf eine neue Grundlage gestellt worden. Das neue System bedeutet die endgültige Umstellung von der Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze auf pauschalierte Entgelte. D. h. die Vergütung für eine Behandlung (z. B. eine Blinddarmentfernung) wird pauschal festgelegt – unabhängig von der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus und den tatsächlich entstandenen Kosten.¹ Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen hierdurch einerseits bestimmte Fehlanreize des alten Vergütungssystems beseitigt, die Kosten gesenkt und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in den Krankenhäusern erhöht werden. Andererseits soll die Patientenversorgung durch den gleichzeitigen Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung verbessert werden (Deutscher Bundestag 2001: 26).

Viele Beobachter gehen allerdings davon aus, dass die DRG-Einführung eher negative Folgen für die Patientenversorgung haben wird. Erwartet werden insbesondere „instabile“ Entlassungen, selektive Patientenaufnahmen und Verlegungsketten, Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich und Verschärfung der Schnittstellenproblematik, Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen, Einschränkungen pflegerischer Maßnahmen sowie insgesamt eine geringere Patientenorientierung und Ganzheitlichkeit der Behandlung.² Bisher liegen nur wenige Informationen darüber vor, welche Auswirkungen die Einführung des DRG-Systems in Deutschland tatsächlich hat.³ Allerdings ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch zu früh, die Auswirkungen der DRG endgültig abzuschätzen: Erstens liegt die Einführung erst relativ kurze Zeit zurück, so dass sich möglicherweise bisher noch nicht alle Folgewirkungen entfaltet haben. Zweitens ist das DRG-System kein fertiges Produkt, sondern es ist als „lernendes System“ konzipiert und wird insoweit be-

¹ Zum Zeitplan und zu den wichtigsten Kenngrößen im DRG-System siehe Kasten auf Seite 6 ff.

² Diese Annahmen beruhen zum Teil auf einer „systemimmanenten“ Analyse der Anreizstrukturen des DRG-Systems. Zum Teil werden auch Untersuchungen aus anderen Ländern mit DRG-Erfahrung zur Beurteilung herangezogen bzw. es wird auf Studien Bezug genommen, die die Auswirkungen der in Deutschland 1996 in einigen Bereichen eingeführten Fallpauschalen untersuchen (vgl. z. B. Böcking 2005; Frantz/Scharfe 2005; Kühn/Simon 2001; Lauterbach/Lüngen 2000; Leister/Stausberg 2005; Lenk u. a. 2005; Lüngen/Lauterbach 2003; Raffel u. a. 2004; Rühmkorf 2005; Simon 2000; Wilmsen-Neumann 2005).

³ Hierbei handelt es sich z. T. um nicht repräsentative Studien und Erfahrungsberichte. Zu den Folgen für die Patientenversorgung vgl. den Überblick bei Böcking u. a. (2005). Zu den Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege vgl. z. B. Hausner u. a. (2005) und Grabbe u. a. (2005). Zu den Folgen für den Arbeitsalltag der Ärzte vgl. Baller/Oestreich (2005). Zu den Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation vgl. von Eiff u. a. (2005) und Ordon (2005).

ständig weiter entwickelt. Drittens entsteht der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser nicht sofort, weil bis 2009 eine sog. Konvergenzphase vorgesehen ist. Während dieser Phase werden die krankenhausindividuellen Fallwerte in verschiedenen Stufen an einen landesweiten Fallwert angepasst. Das neue System führt also in den einzelnen Krankenhäusern erst nach und nach zu finanziellen oder strukturellen Folgen.

Wichtige Stellgrößen im DRG-System

Seit 2003 können, seit Anfang 2004 *müssen* alle Akutkrankenhäuser in Deutschland (außer psychiatrische Einrichtungen) nach DRG klassifizieren und zunehmend abrechnen.

Stark vereinfacht gesagt werden im DRG-System alle Patienten je nach Diagnose, medizinischen Maßnahmen (Prozeduren) und Schweregrad in bestimmte homogene Fallgruppen eingeordnet, für die das Krankenhaus eine pauschale Vergütung erhält. Der Preis einer DRG ergibt sich durch Multiplikation eines ab 2005 landesweit berechneten und gültigen Basisfallwertes mit dem Relativgewicht einer Behandlung (Metzger 2004: 23). Das Relativgewicht drückt das Kostenverhältnis einer Behandlung zu einer theoretisch definierten Basisgröße 1 aus, die den empirisch ermittelten durchschnittlichen Behandlungskosten eines Falles entspricht (vgl. Metzger 2004: 20 ff.).

Grundlage für die Eingruppierung eines Behandlungsfalls in eine DRG ist die Verschlüsselung der Haupt- und Nebendiagnosen nach der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und der Prozeduren nach dem OPS-301 (Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V). Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthalts verantwortlich ist, wobei die Beurteilung retrospektiv am Ende des Aufenthaltes erfolgt. Eine Nebendiagnose bezeichnet eine Krankheit oder Beschwerde, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder während des stationären Aufenthaltes auftritt und einen erhöhten therapeutischen, diagnostischen oder pflegerischen Aufwand bedingt. „Hinzu kommen noch einige weitere Daten wie Alter, Geschlecht, Aufnahmegewicht bei Kindern unter einem Jahr, Beatmungstunden und Entlassungsgrund. Diese genannten Daten sind in der Gesamtheit entgeltbestimmend. Bislang waren das, bei Abrechnung über Pflegesätze, lediglich die Dauer des Aufenthaltes und die Abteilung. Die Dauer des Krankenhausaufenthaltes spielt, was das Entgelt angeht, überwiegend keine Rolle mehr (von Tagesfällen und Grenzverweildauern abgesehen [s. u., SK/PB]), die behandelnde Abteilung überhaupt keine“ (Metzger 2004: 13 f.). Bei der Gruppierung eines Falls wird aus den dokumentierten Nebendiagnosen ein Fallschweregrad ermittelt (PCCL, patient clinical complexity level), der zwischen 0 und 4 liegen kann, wobei eine höhere Fallschwere mit einem höheren Relativgewicht und dementsprechend höheren Erlösen einhergeht. (Forts. nächste Seite).

Durch das neue Entgeltsystem ändert sich die Anreizstruktur für die Krankenhäuser gegenüber dem alten System der tagesgleichen Pflegesätze. Auf der einen Seite sollen die Krankenhäuser durch die Fallpauschalen veranlasst werden, wirtschaftlicher zu arbeiten. „Gestaltet sich die Behandlung des Patienten tatsächlich aufwendiger, als durch die pauschale Vergütung gedeckt, macht das Krankenhaus bei dem betreffenden Patienten einen Verlust. Umgekehrt lässt sich ein höherer Gewinn erzielen, wenn es dem Haus gelingt, wirtschaftlicher zu arbeiten, als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung zugrunde gelegt wurde“ (Grabbe u. a. 2005: 65). Auf der anderen Seite können auch die Erlöse in gewisser Weise vom Krankenhaus beeinflusst werden (siehe unten).

Pro stationärem Aufenthalt kann in der Regel nur eine Erkrankung abgerechnet werden, nämlich die, die als Hauptdiagnose für die Einordnung in eine Fallgruppe entscheidend ist. Für die Behandlung und Abrechnung weiterer Erkrankungen muss ein Patient ggf. neu aufgenommen werden. Der Kalkulation der Fallpauschalen liegt eine sog. *mittlere Verweildauer* zu Grunde. Darüber hinaus sind jeder DRG eine *untere und obere Grenzverweildauer* zugeordnet. Bei Überschreiten der oberen Verweildauer sind Zuschläge zur pauschalen Vergütung vorgesehen. Wird die untere Verweildauer unterschritten, wird ein Abschlag fällig, da davon ausgegangen wird, dass die definierte Leistung nicht voll erbracht wurde (vgl. Metzger 2004: 40). Bei *Verlegungen* aus anderen bzw. in andere Krankenhäuser kann nur dann die volle Pauschale abgerechnet werden, wenn die mittlere Verweildauer eingehalten wird. Anderenfalls wird ein Verlegungsabschlag abgezogen. Es ist insoweit davon auszugehen, dass die Krankenhäuser, um Erlösminderungen zu vermeiden, die untere Verweildauer in jedem Fall einhalten und auf frühe Verlegungen verzichten werden.

In einem Vergütungssystem, das auf tagesgleichen Pflegesätzen beruht, ist es für ein Krankenhaus wirtschaftlich rational, die Patienten möglichst lange da zu behalten (eventuell über das medizinisch indizierte Maß hinaus) und es bestehen geringe Anreize zur Einführung von Maßnahmen, mit denen die Verweildauer gesenkt werden könnte. Unter DRG-Bedingungen steigt der (bereits durch die Begrenzung der Budgets ausgelöste) Druck auf die Krankenhäuser, möglichst kostengünstig zu arbeiten und Arbeitsabläufe und –strukturen zu optimieren, was Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben kann. Es besteht auch ein Anreiz, die Liegezeiten möglichst kurz zu halten, um die Kosten zu minimieren. Dabei können die oben erwähnte untere Grenzverweildauer, sowie Regelungen über Wiederaufnahme bei Komplikationen als eine Art Puffer gegen zu frühe Entlassungen dienen.

Da das Krankenhaus nur den Aufwand vergütet bekommt, der auch dokumentiert wird, spielen im DRG-System eine korrekte und vollständige Dokumentation und Verschlüsselung bzw. eine „optimale Kodierung“ eine zentrale Rolle für die Erlöse des Krankenhauses (Kraus/Farrenkopf 2005). Um möglichst hohe Erlöse zu erzielen, könnten die Krankenhäuser darüber hinaus bestrebt sein, Patienten in höher bewertete Fallgruppen einzuordnen als es dem tatsächlichen Behandlungsverlauf entspricht. (Forts. nächste Seite)

Um dieses sog. Upcoding zu verhindern, hat der Gesetzgeber allerdings verstärkte Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorgesehen. Darüber hinaus üben „DRG-Systeme (...) den Anreiz aus, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze Aufenthalte zu machen, was als Fallsplit bezeichnet wird“ (Metzger 2004: 42) und erlössteigernd wirkt. Um solchen (künstlichen) Fallsplits vorzubeugen, enthält das DRG-System bestimmte Regeln zur Fallzusammenführung. Wenn ein Fall mit derselben Basis-DRG innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird, kann nur eine Fallpauschale abgerechnet werden. Gleiches gilt bei Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen in dieselbe Hauptdiagnosegruppe, wenn von einer medizinischen (z. B. internistischen) bzw. anderen DRG in eine operative gewechselt wird.

Das DRG-System wird jährlich angepasst und zum Teil auch erweitert, um die Sachgerechtigkeit der Leistungsabbildung zu erhöhen. Die Version 2006 umfasst insgesamt 954 DRGs (2005: 878). Trotz dieser zwischenzeitlich erfolgten Veränderungen wird nach wie vor noch ein erheblicher Verbesserungsbedarf gesehen. Kritisiert wird z. B., dass die DRGs einige hochkomplexe Operations- und Behandlungsverfahren (z. B. Handrekonstruktionen) unzureichend abbilden, mit der Folge, dass die tatsächlichen Behandlungskosten die Erlöse weit übersteigen (vgl. Ärzte Zeitung Online vom 5.5.2006). Eine mögliche Folge für die Patientenversorgung könnte sein, dass entsprechende Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden. Für bestimmte Leistungen und Arzneimittel, die durch Fallpauschalen nicht abgebildet werden, können die Krankenhäuser allerdings Zusatzentgelte mit den Krankenkassen vereinbaren.

Bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems ist auch eine Entwicklung von einem „vorrangigen Diagnosebezug (...) hin zu einem prozedural orientierten Fallgruppensystem“ zu beobachten. Dies wird damit begründet, „dass gleiche Hauptdiagnosen durchaus unterschiedlich behandelt werden können und sich die Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsgeschehen beim Patienten unterscheiden können“ (Roeder 2005: 2). Da die Prozeduren zum Teil Erlösrelevanz haben, d. h. je nach Prozedur hat eine DRG eine höhere oder niedrigere Bewertungsrelation, birgt eine zunehmende Prozedurenorientierung zumindest die Gefahr, dass es zu einem vermehrten Einsatz von medizinisch ggf. nicht notwendigen Verfahren kommt.

In Hinblick auf die Folgen des DRG-Systems ist auch zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber eine längere Übergangsphase vorgesehen hat. Die Einführung der DRG erfolgte 2004 zunächst „budgetneutral“, d. h. die Bewertung der Fallpauschalen hing noch von dem Budget ab, welches ein Krankenhaus mit den Krankenkassen vereinbart hatte. Zurzeit unterscheidet sich der Preis einer DRG noch von Krankenhaus zu Krankenhaus. Bis 2009 werden die krankenhausesindividuellen Fallwerte in verschiedenen Stufen an landesweit einheitliche Fallwerte angepasst (sog. Konvergenzphase), wobei Budgetminderungen nur bis zu bestimmten Kappungsgrenzen umgesetzt werden. (Forts. nächste Seite)

Erst nach Abschluss der Konvergenzphase entscheidet der Landesbasisfallwert vollständig darüber, welche Vergütung die Krankenhäuser von den Krankenkassen für ihre Leistungen erhalten. Kliniken, deren individueller Basisfallwert über dem Landesbasisfallwert liegt, werden dann weniger Geld erhalten als bisher. Die wirtschaftlichen Folgen der DRG-Einführung für die Krankenhäuser werden sich also erst nach und nach bemerkbar machen. Die Krankenhäuser werden jedoch durch Vergleiche mit den Landesfallwerten ihre eigene Situation erkennen können und sich möglicherweise durch gezielte Veränderungen auf das Ende der Konvergenzphase vorbereiten

Im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP)⁴ werden die Folgen der DRG-Einführung mit einem multidimensionalen Längsschnittansatz untersucht, der auf mehrmaligen repräsentativen standardisierten Befragungen von Ärzten, Pflegekräften und Patienten sowie Auswertung von Versichertendaten und qualitativen Fallstudien in Krankenhäusern aufbaut.⁵ WAMP stellt somit Informationen bereit, die in dieser Form und in diesem Umfang bisher nicht erhoben worden sind. Die zentrale Fragestellung des Projektes ist, mit welchen Anpassungsstrategien die Krankenhäuser auf die veränderten Rahmenbedingungen reagieren und welche Folgen dies für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Patientenversorgung im Krankenhaus hat.

In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse der *qualitativen* Teilstudie von WAMP vorgestellt, die auf Fallstudien in vier Krankenhäusern aufbaut. Die Fallstudien verfolgen einen doppelten Zweck: Einerseits ermöglichen sie differenzierte Untersuchungen, wie die Arbeitsbedingungen der Krankenhausmitarbeiter unter DRG-Bedingungen aussehen, wie das DRG-System im Krankenhaus umgesetzt wird, welche Probleme und Konflikte dabei auftauchen und welche Folgen daraus für die verschiedenen Bereiche der Patientenversorgung resultieren. Andererseits sollen die Fallstudien Erkenntnisse darüber bringen, wie sich der Strukturwandel in den Krankenhäusern vollzieht, ob es Unterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt und wovon diese abhängen. In diesem Arbeitspapier steht die *erste* Zielsetzung im Vordergrund: Es wird untersucht, wieweit sich die Patientenversorgung aus Sicht der von uns interviewten Krankenhausleitungen, Medizincontroller, Ärzte und Pflegekräfte verändert hat, wobei verschiedene Dimensionen der Versorgungsqualität unterschieden werden. Auf die ebenfalls festgestellte Heterogenität der Strukturveränderungen, insbesondere Unterschiede zwischen oder sogar innerhalb von Krankenhäusern, wird nur ansatzweise eingegangen, um deutlich zu machen, dass es auch unter DRG-Bedingungen durchaus

⁴ Das Projekt wird von der Hans-Böckler-Stiftung und der GEK gefördert und vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung unter der Leitung von Dr. Bernard Braun und PD Dr. Hagen Kühn durchgeführt.

⁵ Die erste Welle der standardisierten Befragungen fand 2003 statt, also zu einem Zeitpunkt als einige Krankenhäuser das DRG-System auf freiwilliger Basis eingeführt hatten (zu den Ergebnissen vgl. Braun/Müller 2003; Braun u. a. 2004; Klink/Kühn 2006). Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung fand Ende 2005 statt; die zweite Pflegekräftebefragung ist für April 2006 geplant. Die dritte und letzte standardisierte Befragungswelle soll kurz vor Ende der Konvergenzphase durchgeführt werden.

(noch) Spielräume gibt, wirtschaftliche Interessen zugunsten der Patienten zurücktreten zu lassen. Bevor die Ergebnisse präsentiert werden, wird kurz auf das Design der qualitativen Studie und einige methodische Probleme eingegangen.

2 Methodische Vorbemerkungen

Die qualitativen Interviews wurden Ende 2004/Anfang 2005 in vier Krankenhäusern durchgeführt, die sich in Hinblick auf Größe, Trägerschaft, Versorgungsstufe und Region unterscheiden (vgl. Tabelle 1). Trotz monatelanger Bemühungen gelang es nicht, eine Fallstudie in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft durchzuführen und auch der Zugang zu weiteren kommunal getragenen Häusern war teilweise unmöglich. Wie die wenigen uns gegebenen inhaltlichen Begründungen zeigen, spielt dabei vor allem die Furcht vor öffentlicher Transparenz „im Wettbewerb“, die Angst vor zusätzlicher Unruhe „nach innen“ und die derzeitige Überlastung vieler potenzieller Gesprächspartner durch die DRG bedingten Umstrukturierungen eine Rolle. In jedem Krankenhaus wurden je 10-12 Leitfaden gestützte Experteninterviews (Meuser/Nagel 1991, 1997) mit Mitarbeitern der Verwaltung (Geschäftsführung, Controlling, kaufmännische Leitung, Ärztlicher Direktor, Pflegeleitung), Ärzten (Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte mit und ohne Facharztanerkennung) sowie Pflegekräften auf Station und im Funktionsdienst durchgeführt. Auf Grundlage der Aussagen in den Interviews wurde zunächst für jedes Krankenhaus eine Fallstudie erstellt, die das Anpassungsgeschehen an die DRG-Einführung und die Folgen für die Arbeitsbedingungen und die Versorgung in dem jeweiligen Krankenhaus nachvollzieht. Der anschließende Vergleich der Fallstudien zielte u. a. auf die Frage, ob es sich um ein relativ einheitliches Anpassungsgeschehen handelt oder ob sich unter gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen unterschiedliche Ergebnisse und alternative Lösungsstrategien finden lassen.

In Hinblick auf die Aussagekraft der Ergebnisse ist zu fragen, ob das Sample bestimmte Verzerrungen aufweist, die sich z. B. in einer bestimmten Positiv- (oder auch Negativ-)Färbung der Aussagen im Interview äußern könnten. Das qualitative Sample ist in Hinblick auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser „gemischt“. Es umfasst nicht nur „Vorzeigekrankenhäuser“, die den Strukturwandel im Gesundheitswesen seit den 1990er Jahren besonders gut bewältigt haben, sondern auch Häuser, die rote Zahlen schreiben und in ihrem Bestand gefährdet sind.

Tabelle 1: Merkmale der vier Krankenhäuser

Merkmal	Krankenhaus B	Krankenhaus C	Krankenhaus D	Krankenhaus E
<i>Versorgungsstufe*</i>	Maximalversorgung	Regelversorgung	Regelversorgung	Maximalversorgung
<i>Größe (Bettenzahl)</i>	710	370	320	740
<i>Trägerschaft</i>	öffentlich	kirchlich	öffentlich	öffentlich
<i>Rechtsform</i>	Eigenbetrieb	GmbH (seit 1989)	GmbH (seit 2001)	GmbH (seit 1998)
<i>DRG-Einführung</i>	Januar 2003	November 2004	August 2003	Juni 2003

* Die Bezeichnung und Definition der Versorgungsstufen in den Landeskrankenhausgesetzen und -plänen ist uneinheitlich. Kriterien sind insbesondere die vorgehaltenen Fachabteilungen und die medizinisch-technische Ausstattung, teilweise auch die Größe. Grundversorger verfügen mindestens über die Fachrichtungen Innere Medizin oder Chirurgie. Regelversorger haben darüber hinaus weitere Fachrichtungen wie Gynäkologie, HNO oder Urologie. Krankenhäuser der Maximalversorgung verfügen über das größte Leistungsspektrum und sind für die Versorgung von schweren und komplexen Fällen eingerichtet.

Da die Kontaktaufnahme mit den Krankenhäusern und die Vermittlung von Interviewpartnern über die Krankenhausleitungen erfolgen mussten, sind eine „positive“ Vorselektion von Gesprächspartnern und eine „beschönigende“ Darstellung allerdings nicht ausgeschlossen bzw. in einem Fall sogar offensichtlich.⁶ Bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse sind darüber hinaus das jeweilige Interesse der befragten Akteure und deren organisatorisches Kontextwissen⁷, das Ausmaß der Identifikation mit dem eigenen Arbeitsplatz sowie berufsgruppenspezifische Codes zur Vermeidung von kritischen Einblicken der Außenwelt in den beruflichen Alltag zu berücksichtigen.⁸

⁶ Dies zeigte sich etwa daran, dass ein Teil der Gesprächspartner in sehr formelhafter Weise und zum Teil mit fast identischen Formulierungen die Entwicklungen im Krankenhaus beschrieben hat. Dieses Problem konnte bei den Auswertungen dadurch kontrolliert werden, dass verstärkt auf die innere Konsistenz der Interviews (nachträgliche Rationalisierungen lassen sich in der Regel nicht dauerhaft durchhalten) bzw. auf Diskrepanzen zwischen den einzelnen Interviews innerhalb eines Krankenhauses geachtet wurde. So gibt es in dem besagten Krankenhaus, bei dem eine positive Vorselektion durch die Geschäftsführung angenommen werden kann, durchaus auch kritische Stimmen. Diese stammen eher von Befragten aus unteren Hierarchiestufen (Pflegekräfte, Assistenzärzte), die durch die Informationspolitik der Geschäftsführung in geringerem Umfang erreicht worden sind. „Geschult“ werden laut Aussage der Geschäftsführung nur Personen in Leitungspositionen.

⁷ Die einzelnen Berufsgruppen können jeweils nur Teilaspekte des Systems Krankenhaus und der dort stattfindenden Anpassungsprozesse bewerten. So werden die Pflegekräfte beispielsweise über die Strategien der Geschäftsleitung nur insoweit etwas aussagen können, wie sie davon selbst betroffen sind, etwa durch Personalabbau oder veränderte Arbeitszeiten, oder wie es vermittelt durch Verlautbarungen oder Mitarbeiterversammlungen bei ihnen ankommt. Auch die Assistenzärzte sind häufig an den strategischen Problemen des Krankenhauses weniger interessiert oder weniger darin involviert, wobei hier auch die Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus eine Rolle spielt.

⁸ „Nestbeschmutzer“ werden nirgends gern gesehen, aber gerade die ärztliche Sozialisation ist geprägt von der Erfahrung, dass Fehler wechselseitig gedeckt und nicht nach außen kommuniziert werden, weil Menschen dabei zu Schaden gekommen sind und dies intern als ein Problem der Profession und nicht des individuellen Arztes wahrgenommen wird (vgl. Amon 2004; Mercurio 2005; Vogd 2004: 207 ff.).

Neben den bisher genannten Aspekten, die vor allem mit der gewählten Erhebungsmethode zusammenhängen, ist noch auf ein anderes übergreifendes methodisches Problem hinzuweisen, das bei der Evaluation der DRG-Einführung (wie jeder anderen Reform) auftritt. Da keine Reform im luftleeren Raum stattfindet, stellt sich die grundsätzliche Frage, wieweit einzelne Ergebnisse, z. B. eine bestimmte Ausprägung der Versorgungsqualität, eindeutig der Reform zugerechnet werden können oder nicht mit anderen Entwicklungen zusammenhängen, die vorher oder parallel abgelaufen sind bzw. ablaufen. Wie bereits angedeutet ist die Einführung des neuen Entgeltsystems vorläufiger Endpunkt einer Reihe von Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem (Budgetierung, erste Einführung von Fallpauschalen im Bereich der Chirurgie; vgl. Klinke 2005; Simon 2001), auf die die Krankenhäuser mit verschiedenen Anpassungsmaßnahmen reagiert haben, und steht auch im Kontext anderer Maßnahmen (z. B. Qualitätssicherung, Katalog ambulant durchführbarer Operationen). Insoweit ist es schwierig festzustellen, ob ein bestimmtes Ergebnis allein oder sogar überhaupt durch die DRG-Einführung hervorgerufen wurde oder ob es sich um Folgen anderer Eingriffe und Bedingungsfaktoren im Gesundheitswesen handelt. Zu beachten ist dabei auch, dass die DRG-Einführung auf vorhandene Strukturen im sozialen System Krankenhaus trifft. Hierzu gehören etwa traditionelle hierarchische Strukturen innerhalb der Ärzteschaft, eingeführte Formen der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften sowie unterschiedliche Rahmenbedingungen je nach Fachgebiet und Abteilung. Eindeutige Aussagen über die Folgen der DRG-Einführung sind schließlich auch deshalb schwierig, weil die Einführung der DRG erst relative kurze Zeit zurückliegt, sich die DRGs selbst noch verändern („lernendes System“) und sich der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser erst nach und nach realisiert.

Darüber hinaus ist noch auf einen weiteren Aspekt hinzuweisen, der auf die Handlungsrelevanz des neuen Abrechnungssystems abstellt. Wir gehen davon aus, dass die durch das DRG-System veränderten finanziellen Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen das Verhalten der Krankenhausleitungen bzw. -verwaltungen, Ärzte und Pflegekräfte beeinflussen und darüber auch Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben. Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass es sich beim DRG-System um ein äußerst komplexes System handelt, welches sich jährlich verändert und seine ökonomischen Wirkungen erst nach und nach entfaltet. Insofern ist nicht unbedingt zu erwarten, dass die befragten Ärzte und Pflegekräfte das System und seine Wirkungsweise in allen Feinheiten durchschaut haben und sich „systemgerecht“ verhalten. Die veränderten Rahmenbedingungen werden von den Befragten vielmehr in je spezifischer Weise subjektiv interpretiert werden, wobei diese Interpretationen möglicherweise falsch sind (weil sich z. B. die Abrechnungsmöglichkeiten für eine Leistung gegenüber früher gar nicht geändert haben) oder vom Gesetzgeber so nicht intendiert waren. Hierbei spielt vermutlich auch die Informationspolitik der Krankenhausleitungen eine Rolle. Insoweit ist auch möglich, dass die Betroffenen „über das Ziel hinauschießen“ und ihr Verhalten ändern, z. B. Patienten zu früh entlassen oder weniger Diagnostik betreiben, obwohl es (noch) gar nicht nötig wäre.

Insgesamt gesehen ist es somit ausgesprochen schwierig, den eigenständigen und linearen Effekt des neuen Abrechnungssystems zu messen und festzustellen, ob eventuell eingetretene Veränderungen tatsächlich Folge der DRG-Einführung sind. Aufgrund dieser methodischen Probleme wird im Folgenden vor allem untersucht, wie sich die Versorgungsqualität im Krankenhaus unter veränderten finanziellen Rahmenbedingungen entwickelt hat, und nicht versucht, in jedem Fall kausale Zusammenhänge mit der DRG-Einführung herzustellen.

3 Versorgungsqualität im DRG-System

Schon in den 1990er Jahren haben die Krankenhäuser auf die Deckelung der Budgets mit verschiedenen Anpassungsstrategien reagiert und beispielsweise Personal abgebaut, Abteilungen zusammengelegt, Kooperationsbeziehungen begründet und nach Einführung der ersten Fallpauschalen im Bereich der Chirurgie eine Art „DRG-Probetraining“ absolviert. Mit diesen Maßnahmen gingen und gehen Bestrebungen der Krankenhausleitungen einher, auf das ärztliche und pflegerische Handeln steuernd einzuwirken. Der konkrete Zeitpunkt der Einführung von Sparmaßnahmen, die Art der Anpassungsstrategien und die „Strenge“ ihrer Umsetzung sind – auch in den von uns untersuchten Krankenhäusern – unterschiedlich.

Im Folgenden wird dargestellt, wie es, immer aus Sicht unserer Interviewpartner, um die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus *nach Einführung der DRG* bestellt ist. Wird durch die Einführung der DRG die Tendenz zur „Ökonomisierung des Krankenhauses“ (Simon 2001), also die Überformung patientenorientierter Entscheidungen durch wirtschaftliche Erwägungen, verstärkt? „Versorgungsqualität“ ist dabei ein Konstrukt, das sich einer direkten Beobachtung entzieht. Entsprechend gibt es unterschiedliche Ansätze, Versorgungsqualität zu operationalisieren oder in „Teilqualitäten“ zu zerlegen, wobei meist von einer Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgegangen wird (vgl. z. B. Bähr u. a. 2000; Eichenlaub u. a. 2001; Kirchner/Meinlschmidt 2002; Neugebauer/Forst 2001). Mit dem von uns gewählten Ansatz, der auf qualitativen Daten beruht, kann nur ein Teil der Versorgungsrealität abgebildet werden. Insbesondere können keine „harten“ Outcome-Variablen wie Morbidität, Mortalität, Komplikationen oder Rehospitalisierung erhoben werden. Wir konzentrieren uns auf Behandlungsprozesse und -entscheidungen und unterscheiden drei Zieldimensionen der Versorgungsqualität: eine handwerklich-technische Dimension, eine ganzheitliche Dimension und eine soziale Dimension. Wir gehen davon aus, dass nur dann von einer hohen Versorgungsqualität gesprochen werden kann, wenn in allen drei Dimensionen gute Ergebnisse erzielt werden:

- Bei der handwerklich-technischen Dimension geht es um die Frage, ob die Patienten entsprechend dem anerkannten Stand medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse behandelt bzw. gepflegt werden: Werden Diagnose und Therapie fach-

lich kompetent entsprechend dem Stand der Wissenschaft durchgeführt? Erhalten alle Patienten die notwendigen medizinischen und pflegerischen Behandlungen?

- Die ganzheitliche oder patientenzentrierte Dimension zielt darauf, ob sich das medizinische und pflegerische Handeln am Patienten und seinen Bedürfnissen und Ressourcen orientiert oder auf die „Reparatur körperlicher Funktionen“ (Kühn/Simon 2001: 101) reduziert wird.
- Bei der sozialen Dimension schließlich geht es um die Chancengleichheit bzw. mögliche Diskriminierungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Haben alle Patienten unabhängig von sozialem Status, Alter, Wohnort usw., die Chance, rechtzeitig, effektiv und ganzheitlich versorgt zu werden?

3.1 Handwerklich-technische Dimension der Versorgung

In ihrer Studie zu den Auswirkungen prospektiver Finanzierungsinstrumente auf die Versorgungsqualität fanden Kühn und Simon (2001) sowohl Belege für eine Risikoselektion, also „die selektive Aufnahme oder Verlegung von Patienten mit überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten“ (93) als auch für eine Veränderung von Behandlungsstandards: „Unter dem Einfluss von Kosten-Erlös-Erwägungen werden in Teilbereichen offenbar sowohl medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht als auch Leistungen unterlassen, die aus Sicht des jeweils behandelnden Arztes notwendig oder zumindest sinnvoll wären“ (103). Befürchtet wird, dass durch die DRG-Einführung wirtschaftliche Ziele im Krankenhaus weiter an Bedeutung gewinnen und medizinisch-pflegerische Aspekte überlagern. Wie sieht nun die Praxis in den von uns untersuchten Krankenhäusern aus? Gelten die Befunde auch dort und hat die DRG-Einführung eine Veränderung gebracht?

Vorenthaltung notwendiger Behandlungen?

In der Regel werden alle Patienten entsprechend dem Stand der Forschung behandelt und keine Leistungen vorenthalten.

(...) Aber dass da jetzt ganz Notwendiges nicht bewilligt wurde und dann auf einmal gesagt wird, können wir nicht..., also mit entsprechender Begründung, haben wir da eigentlich denn doch alles bekommen. Es war nicht so, dass wirklich die Qualität unter dieser Budgetierung jetzt also zumindest die Qualität so gelitten hat, dass man sagen konnte, wir können unsere Patienten jetzt nicht..., ja, lege artes oder so nach eigentlich allseitigem Wissen oder..., ja, Wissen oder Ratschlägen behandeln. Also, das war eigentlich immer gewährleistet, da würde man irgendwie das doch etwas übertreiben, wenn man sagte das war irgendwo nicht mehr aufgrund einer Finanznot irgendwo nicht mehr machbar. (Assistenzarzt, E102, 46)

Es gibt jedoch Ausnahmen: So gibt es Hinweise darauf, dass neue Behandlungsmethoden, die alten überlegen sind, z. B. medikamentenbeschichtete Koronarstents (vgl. Willich u. a. 2005), aus Kostengründen, d. h. weil sie von den Krankenkassen nicht bezahlt werden, nicht angewendet werden.

Gut, also eine Sache, wo wir im Rahmen der Budgetgespräche jetzt zum Beispiel schon etwas an die

Kette gelegt sind, ist der Einbau zum Beispiel von medikamentbeschichteten Koronarstents, das ist sozusagen der letzte Schrei auf dem Markt der Behandlung von Engstellungen an den Herzkranzgefäßen, die sind eben-, haben eben eine besonders hohe Erfolgsrate oder es ist besonders selten, dass da wieder sich neue Verengungen bilden. Und die herkömmlichen Dinge, die wir einbauen, schneiden etwas schlechter ab, nur die generelle Verwendung dieser neuen Stents, die kosten irgendwie das Fünffache der alten, da wird also im Moment nicht das Budget gedeckt. Da sind die Krankenhäuser überall in dem Dilemma, wie gehen wir jetzt damit um, und da sind wir auch plötzlich gezwungen, im Moment noch Kompromisse zu schließen. Von daher ist gerade in diesem spezialisierten Bereich schon das zu spüren, aber bisher habe ich den Eindruck, kann man da noch zu sagen, von den Auswirkungen, die das hat, spüren Ärzte und Patienten einigermaßen wenig. Aber es ist sicherlich anders geworden. Wie gesagt, vor 10 Jahren hätte man da nicht darüber nachdenken müssen. (Oberarzt, E109, 39)⁹

Diese Einschränkungen sind im Wesentlichen bereits eine Folge der Budgetierung, werden aber durch die DRG-Einführung insofern verstärkt, als der Kostendruck auf die Krankenhäuser hierdurch noch zugenommen hat. Die Einführung des DRG-Systems fördert auch insoweit die Ökonomisierung von Versorgungsentscheidungen, als den Ärzten die wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen unmittelbar bei der Kodierung deutlich werden. Die Entscheidung für oder gegen bestimmte Untersuchungsmethoden richtet sich bereits jetzt zum Teil danach, welche Alternative finanziell mehr bringt, womit die Bedürfnisse der Patienten ins Hintertreffen geraten.

Ja, das auf jeden Fall. Es gibt Untersuchungen, wir wissen ganz genau, okay, diese Untersuchung bringt im Vergleich zu der Untersuchung mehr Geld. Wir haben auch die Ziffer im Kopf, und dann sagt man, okay, anstatt das zu machen, machen wir das andere, denn das wird im DRG-System ja viel besser belohnt. Das ist vom Aufwand her fast gleich, aber wie auch immer, ist das halt anders vergütet. Dann sagt man halt, wir machen das hier, damit wir eine bessere Vergütung bekommen, als das andere. Dann überlege ich mir, ist das denn so richtig, dass man so sehr nach diesen Kriterien arbeitet, anstatt zu sagen, okay, wir machen einen Schritt langsamer und machen etwas anderes, was vielleicht ein bisschen weniger Risiko bringt oder so. Das ist so ein bisschen-, am Anfang hatte ich immer das Gefühl, das ist ein bisschen an den Bedürfnissen vorbei gemachte Medizin, denn wir orientieren uns weniger an den Patienten, sondern wie gesagt, an diesen Richtlinien. (Assistenzarzt, C107, 123)

Ob und wie sich die DRG-Einführung auf die Diagnostik auswirkt, wird unterschiedlich eingeschätzt. Einige Ärzte sehen (noch) keinen Einfluss der DRG auf die Diagnostik, da man schon immer bestrebt gewesen sei, möglichst wenig Diagnostik zu machen bzw. teure Untersuchungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Andere Ärzte sehen dagegen durchaus Veränderungen. Nach Aussage eines Assistenzarztes (C107, 19) werden diagnostische Maßnahmen unter DRG-Bedingungen teilweise eingeschränkt, etwa wenn schon eine Vor-diagnostik vorliegt. Da die Liegezeiten möglichst kurz gehalten werden sollen und die Abrechnung nicht mehr nach Tagessätzen erfolgt, wird auch eine *schnelle* Diagnosestellung angestrebt. Früher habe man sich dagegen mehr Zeit gelassen und „in aller Ruhe in alle Richtungen Diagnostik gemacht“ (Assistenzarzt, C107, 17). Ein anderer Arzt macht deutlich, dass Patienten, bei denen nur Diagnostik durchgeführt wird, für das Krankenhaus ein

⁹ Diese Aussage des Oberarztes ist allerdings zu ergänzen: Zwar können die genannten Stents nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden. Schon seit 2004 besteht aber die Möglichkeit, hierfür ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Unklar ist, ob diese Möglichkeit dem Arzt grundsätzlich bekannt ist und / oder ob das Krankenhaus E ein solches Zusatzentgelt ausgehandelt hat.

Verlustgeschäft sind, da diagnostische Maßnahmen im Fallpauschalensystem unzureichend abgebildet würden. Diese Patienten werden ggf. an den ambulanten Bereich verwiesen:

Die ganzen Entwicklungen, die wir vorhin schon besprochen haben, waren eigentlich schon vorher da und da drauf reagierst (du) sozusagen noch obendrauf und akzentuierst gewisse Dinge. [...] Ich sehe genau, welche Patienten jetzt hier eigentlich wenig Erlös bringen, die aber relativ viel Aufwand in stationärer Diagnostik bringen. Also das beeinflusst mich vielleicht schon, wenn ich jetzt sehe, der Patient liegt jetzt zur Abklärung irgendwie einer Gewichtsabnahme im Krankenhaus, das ist ein Standardfall, eine kleine Gewichtsabnahme, Tumorsuche. Das ist eben ein extrem undankbares Geschäft jetzt für die Klinik. Früher hätte die sozusagen über Tagessatz abgerechnet, wir haben 14 Tage jeden Tag eine Untersuchung, war auch für den Patienten natürlich das Beste, das so zu machen, um nicht wochenlang in der Gegend rumgeschickt zu werden, da konnte man also im Krankenhaus dann einigermaßen kostendeckend arbeiten über den Tagessatz, und der Patient hatte den Vorteil, dass er relativ bald die ganzen [...] kriegte. Und es war für die Kassen wahrscheinlich auch nicht teurer, als wenn er ambulant von einer Sache zur nächsten geschickt worden wäre. Jetzt ist es aber so, dass das eben extrem schlecht bewertet wird, das sind leistungsgeringe Fallschweren, [...] wenn man den 14 Tage hier durchdiagnostiziert, ist das auf jeden Fall ein Minusgeschäft jetzt in der DRG-Zeit. Die Patienten muss man eben versuchen, dann entweder doch ambulant untersuchen zu lassen oder da muss man sich neu organisieren, das haben wir aber noch nicht, ja? Das haben wir aber noch nicht. Das ist so ein Beispiel, wo mir das extrem aufgefallen ist. Also im Prinzip-, im Moment ist noch keine-, sehe ich noch fast keine aktive Veränderung von Prozessen, die man eigentlich jetzt aufgrund dieses [...] -Systems eigentlich verändern *könnte*. (Oberarzt, E109, 61)

Mit der Reduzierung diagnostischer Maßnahmen haben jüngere – und damit unerfahrene – Ärzte mehr Probleme als Ältere und auch die Aus- und Weiterbildung kann darunter leiden.¹⁰

Das ist sicherlich nicht einfach. Bei bestimmten Krankheitsbildern hätte ich zum Beispiel im Vorfeld mehr Diagnostik gemacht. Aber wenn der erfahrene Kollege sagt, das brauchst du nicht, dann sage ich, ja gut. Natürlich ist das gut, aber es ist für mich persönlich nicht gut. Im Rahmen der Ausbildung ist das nicht gut, wenn diese Untersuchung nicht gemacht wird. Wir hatten auch unterschiedliche, sage ich mal, Niveaus, und dann ist es schon für die Ausbildung nicht gut, wenn man bestimmte Untersuchungen gar nicht mehr macht oder einfach nur weniger macht. Wenn er sagt, okay, ich komme jetzt so zu der Diagnose, oder ich mache in einem Schritt die Diagnose und den therapeutischen Schritt in *einer* Untersuchung, dann sage ich Ihnen, natürlich ist das auch gut, wahrscheinlich im Sinne des DRGs, aber für uns wahrscheinlich nicht, weil die ganze Diagnostik für uns als Auszubildende sozusagen nicht mehr transparent ist. (Assistenzarzt, C107, 109)

Insoweit in der Vergangenheit teilweise auch überflüssige oder (Doppel-) Untersuchungen stattgefunden haben, ist eine Einschränkung diagnostischer Maßnahmen sicherlich im Interesse der Patienten, da diese nicht durch unnötige Maßnahmen belastet werden. Auf der anderen Seite besteht aber die Gefahr, dass aus wirtschaftlichen Erwägungen *notwendige* Untersuchungen nicht durchgeführt werden oder Therapieentscheidungen nicht abgesichert werden. Darüber hinaus könnte sich der Verzicht auf bestimmte diagnostische Maßnahmen auch ökonomisch nachteilig für ein Krankenhaus auswirken. Denn in Hinblick auf eine Verkürzung der Verweildauer kann es durchaus sinnvoll sein, vor allem zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes aufwändige Diagnostik zu betreiben, um ein schnelleres Ergebnis zu erzielen.

¹⁰ Die Erfahrungen unserer Interviewpartner decken sich mit den Beobachtungen von Feld (2005), wonach „Weiterbildung zu einem lästigen Nebenprodukt ärztlicher Arbeit geworden“ ist.

Wenn Sie fünf Mal von Ihrem Chef gesagt bekommen, wir machen zu viele CTs, dann machen Sie beim nächsten Zugang keinen CT mehr. Ja? Und vielleicht beim falschen Patienten dann. Während umgekehrt, wenn sich der Chefarzt immer gern auf die sichere Seite bringt, und seine CTs sind ja immer indiziert, das ist manchmal schon ein Problem. Oder meiner Meinung nach machen wir zum Beispiel zu wenig CTs. Und aufgrund dieses Drucks in Anführungsstrichen, das ist jetzt nicht so, dass man ständig einen drüber kriegt, so darf man sich das nicht vorstellen, es wird dann eben-, wie es eben so ist. Und das Ergebnis ist, dass man in der Tat weniger macht. Obwohl es eigentlich eine Milchmädchenrechnung ist. Wenn wir natürlich durch das CT zu einer schnelleren Diagnose kommen, dann verkürzt sich ja auch die Liegezeit. ... Auch ein Gedankengang, der gar nicht präsent ist. Ja? Weil diese Jungs alle nur gucken, was steht denn unten? Die Zahl, die absolute Zahl steht da. (Oberarzt, D107, 104)

Insgesamt gesehen müssen die Krankenhäuser bzw. die darin beschäftigten Ärzte somit widersprüchliche Anforderungen erfüllen: Einerseits muss der Aufwand bei der Diagnostik so gering wie möglich gehalten werden, um (Liege-) Zeit und Kosten zu sparen. Auf der anderen Seite ist aber im Vergleich zu früher eine höhere Treffgenauigkeit bei der Diagnostik notwendig, um die Patienten schnell auf das richtige „Behandlungsgleis“ zu leiten und die Liegezeiten möglichst kurz zu halten.

Gefährliche Pflege?

Im Bereich der Pflege gibt es eine ambivalente Entwicklung: Auf der einen Seite wurden zumindest in einigen Häusern seit den 1990er Jahren Qualität sichernde Maßnahmen, etwa Pflegestandards, eingeführt. Auf der anderen Seite hat der Personalabbau¹¹ im Pflegebereich, der schon vor Einführung der DRG einsetzte und durch diese verstärkt wird, nach Meinung der Pflegenden bereits jetzt ein Ausmaß erreicht, welches die Qualität der Pflege negativ beeinflusst. Nach Aussage einer Pflegekraft stand in einem Haus unter Berücksichtigung von Praktikanten und Schülern früher das Fünffache an Personal zur Verfügung. Zwar können, dank des Engagements der verbleibenden Pflegekräfte (so wird z. B. auf eine Krankmeldung verzichtet, um das Team nicht zu belasten), die Patienten in den meisten Fällen noch so versorgt werden, dass sie „keinen Schaden erleiden“ (Stationsleitung, E106, 99). Die Pflegekräfte können die Patienten jedoch häufig nicht mehr so umfassend betreuen, wie es dem pflegerischen Leitbild entspricht, das sich am Konzept der Ganzheitlichkeit oder Patientenorientierung ausrichtet (Müller 1994). Abstriche müssen vor allem bei der psychosozialen Versorgung und der aktivierenden Pflege gemacht werden (s. u.). Da die Pflege-

¹¹ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2004) hat sich die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst (umgerechnet in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) zwischen 2003 und 2004 um gut 3% verringert, während die Zahl der Ärzte um gut 3% angestiegen ist. Das Krankenhausbarometer 2005 der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Blum/Schilz 2005) weist aus, dass die Krankenhäuser zwischen 2002 und 2004 im Durchschnitt 7,5 Vollzeitstellen je Haus im Pflegedienst abgebaut haben. Im Funktionsdienst und im ärztlichen Dienst hat die Zahl der Vollzeitstellen dagegen zugenommen. Im Gesundheitsreport von DAK und BGW (Grabbe u. a. 2005: 63) berichten zwei Drittel der Pflegekräfte, dass auf ihrer Station im Verlaufe der letzten drei Jahre Personal abgebaut worden ist, wobei allerdings nicht explizit gefragt wurde, ob es sich um Pflegekräfte handelt. Zum Zusammenhang zwischen der Zahl der Pflegekräfte und der Qualität der Patientenversorgung vgl. auch Page (2004: 169 ff.) und Needleman u. a. (2006).

kräfte häufig aus Zeitgründen nicht mehr regelmäßig an den Visiten teilnehmen, sind auch Informationsmängel und Kommunikationsprobleme mit dem ärztlichen Bereich vorprogrammiert. Zu bestimmten Zeiten, etwa wenn die Personaldecke durch Urlaub oder Krankheit besonders dünn ist, nähert man sich zumindest in einem Haus dem Bereich „gefährlicher Pflege“ an.

Und ich muss ja meine Abteilung oft noch so in Schutz nehmen, weil wir sind halt die Privatstation, die geben sich wirklich Mühe, und selbst da ist die *Pflegequalität* in dem Sinne..., Qualität bessern wir immer, aber wie soll ich die bessern, wenn ich die ganzen personellen usw. Bedingungen einfach nicht habe, und dass man da schon viele Abstriche macht. Ich weiß das nicht, wie andere Abteilungen das machen, aber wir haben da oft schon drüber nachgedacht, wie machen wir das, wenn wirklich mal einer... (...), wenn einer krank ist, machen wir wirklich manchmal alleine Spätdienst. Und dann gibt es so gewisse Dinge, da bewegt man sich auf einem Level, das ist gefährlich, nur die, die es entscheiden, die denken da halt nicht dran. (Pflegekraft, C105, 128)¹²

3.2 Ganzheitliche oder patientenzentrierte Dimension der Versorgung

Die Fallstudien zeigen also, dass die handwerklich-technische Qualität der Versorgung zumindest in Teilbereichen gefährdet ist. Diese Entwicklung begann vor Einführung der DRG mit der Budgetierung, wird aber durch die DRG-Einführung und die damit in Zusammenhang stehenden Sparmaßnahmen verstärkt. Wie sieht es in Hinblick auf die ganzheitliche Dimension der Versorgungsqualität aus? Gibt es Anzeichen dafür, dass der Patient als Person in den Hintergrund rückt und einer „fraktionierten Behandlung“ (Rühmkorf 2005: 26) Vorschub geleistet wird?

Folgt man den Ausführungen unserer Interviewpartner, müssen in der Tat zunehmend Abstriche bei patientenorientierten, ganzheitlichen Behandlungskonzepten gemacht werden. Indizien hierfür sind die mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Belange der Patienten, die Vernachlässigung von Nebenerkrankungen, die Fragmentierung von Behandlungen sowie die Verkürzung der Liegezeiten und die damit verbundene Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den nachstationären Bereich.

Einschränkung psychosozialer und aktivierender Maßnahmen

Pflegekräfte, aber auch Ärzte haben nach eigener Anschauung immer weniger Zeit, umfassend auf den Patienten und seine Bedürfnisse, z. B. nach Information, Gesprächen und Zuwendung, einzugehen, den Patienten kennen zu lernen und seine individuellen Ressourcen zu fördern. Als Gründe hierfür werden die enge Personaldecke, die Belastung durch administrative Tätigkeiten¹³, aber auch die Verkürzung der Liegezeiten (siehe unten) angeführt.

¹² Die Pflegedienstleitung in diesem Krankenhaus sieht zwar bisher keine Anzeichen für „gefährliche Pflege“, schließt aber qualitative Mängel nicht aus, wenn der Personalabbau fortgesetzt wird.

¹³ Zu den veränderten Anforderungen an die Dokumentation für die Ärzte im DRG-System vgl. Baller/Oestreich (2005). Für den Bereich der Pflege berichten sowohl Hausner u. a. (2005) als auch der Gesundheitsreport 2005 von DAK und BGW (Grabbe u. a. 2005), dass der Anteil von administrativen Tätigkeiten an der Arbeitszeit zwischen 2003 und 2004 bzw. in den letzten drei Jahren zugenommen

Insbesondere aktivierende Maßnahmen müssen oftmals eingeschränkt oder ganz weggelassen werden.¹⁴ Die pflegerische Tätigkeit nähert sich manchmal einer Fließbandproduktion an.

Früher waren wir wirklich an einem Wochenende, als Komplett-Mitarbeiter waren wir 7 Leute, morgens 4, nachmittags 3 oder morgens 6, je nach..., und jetzt sind wir zu viert, also morgens 2 und nachmittags zwei. Und wir haben halt Bereiche, 2 Bereiche, und für den Bereich bin ich alleine da, das ist halt so. Und ja, und die Schüler, die waren halt zusätzlich noch da, d. h., dann waren wir am Wochenende, sage ich mal, - was habe ich eben gesagt? - 6 Vollkräfte, zwei Schüler, dann war man auf einer Seite wirklich zu dritt und hat das dann gemacht und dann wirklich gepflegt, die Leute mobilisiert, rausgesetzt, denen in Ruhe den Joghurt gereicht und halt auch ein Gespräch begonnen, das Ganzheitliche, was ich halt sagte, viel von ihnen kennen gelernt. Wenn ich alleine bin, kann ich das nicht, dann kann ich den Patienten nicht so pflegen, wie ich das halt vor... Na und dann sind wir manchmal noch mit denen in den Park gegangen, damit sie an die frische Luft gehen, das ist nicht mehr drin. (Pflegerkraft, C105, 44)

Früher hätte ich halt kreativer sein können. Wir haben ja eigentlich einen sehr kreativen Beruf und man kann da..., weil wir halt mit vielen verschiedenen Menschen..., das war ja auch so der Ursprung, warum ich eigentlich meine Ausbildung gemacht habe, ich wollte halt für Menschen da sein und mit Menschen arbeiten und da arbeiten, dass ich halt unterstützend da bin und nicht so als von oben herab und ich mach mal gerade, und manchmal ist das schon so wie eine Laufbandarbeit. (Pflegerkraft, C105, 56)

Teilweise wird die psychosoziale Betreuung auf andere Berufsgruppen oder Funktionsbereiche im Haus (z. B. Psychologen, sozialmedizinischer Dienst) oder im nachstationären Bereich (z. B. Hebammen) verlagert.

(...) Oder auch, was man sagen muss, über den sozialen Dienst läuft auch ganz viel bei uns, sozialmedizinischer Dienst. (...) Und was die entlasten oder übernehmen, das ist ganz, ganz gewaltig. Also das Gespräch mit den Patienten, das Gespräch mit den Angehörigen, Klärung der familiären Verhältnisse etc. Das ist ein Punkt, der hier bei uns im Hause auch sehr gut funktioniert und da wird vieles aufgefangen, was man von ärztlicher Seite her nicht mehr leisten kann. (Assistenzarzt, E102, 72)

Vernachlässigung von Nebenerkrankungen

Im DRG-System besteht durch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen zudem die Gefahr, dass Nebenerkrankungen weniger ernst genommen werden bzw. ihre Behandlung an andere Stellen verlagert wird, ein Problem, was vor allem von den Pflegekräften thematisiert wird. In der Praxis werden Nebenerkrankungen zumindest in einigen Häusern weiterhin als „Serviceleistung“ mit behandelt:

Also ja, wenn der Patient mit irgendwas da ist und er unfallunabhängig meinetwegen irgendwie ein Hautleiden auf einmal hat oder sagt, es war schon immer so und können Sie nicht mal und so, dann werden

hat. Allerdings ist die Zunahme von Dokumentationstätigkeiten ist nicht per se negativ zu bewerten. So können zusätzliche Dokumentationen zu einer besseren Behandlung beitragen, da etwa Fehler oder Verwechslungen minimiert werden und die Kontinuität einer einmal begonnenen Behandlung sichergestellt wird. Insofern kann Dokumentation zur Qualitätssicherung beitragen. Wenn allerdings die zusätzlichen Tätigkeiten zu Überstunden führen und dadurch weniger Zeit z. B. für Patientengespräche zur Verfügung steht, wird die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt. Zu möglichen negativen Folgen der Einführung von computerbasierten Informations- und Dokumentationssystemen vgl. auch Hopkins Tanne (2006).

¹⁴ Dies deckt sich mit den Befunden von Hausner u. a. (2005), wonach der Anteil der Pflegekräfte, die Anleitung und Beratung, Unterstützung beim Essen und Mobilisation weglassen, zwischen 2003 und 2004 zugenommen hat.

wir den Hautarzt hinzuziehen, dass er mal guckt oder solche Sachen. Also da, das wird dann auch gemacht. Ja, obwohl man..., ich kann es nicht nachvollziehen, ob so etwas denn z. B. vergütet wird, entsprechend, wahrscheinlich nicht. Es sei denn, dass da irgendwas irgendwie bei rumkommt. Aber wahrscheinlich ist das einfach denn ein Service des Hauses und denn wird halt trotzdem der Hautarzt gerufen und auch eine Salbe irgendwie angemischt oder was und das wird, denke ich, später nicht relevant vergütet. (Assistenzarzt, E102, 74)

Fragmentierung von Behandlungen

Unter DRG-Bedingungen wird auch ein Trend zur Fragmentierung von Behandlungen, der bereits in den 1990er Jahren begann, verstärkt. Es besteht ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen, z. B. Patienten nach Durchführung diagnostischer Maßnahmen für die Operation erneut ein zu bestellen, weil dann zwei Fälle abgerechnet werden können.¹⁵ Für ein Krankenhaus ist es auch wirtschaftlich ungünstig, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthaltes zu behandeln, da jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden kann. Auch dies hat zur Folge, dass Patienten nach Durchführung einer Behandlung zunächst entlassen und später erneut aufgenommen werden. Patienten müssen sich also ggf. mehreren Operationen im zeitlichen Abstand unterziehen.

Wir müssen nur die Diagnose (an)gucken, warum der Patient da ist und alles was daneben steht, das spielt keine Rolle. Und da wird der Patient als Krankheitsbild weiterbehandelt, leider, nicht als eine Person oder ein Gesamt, ein gesamtes Organ. Und das ist manchmal fatal, weil früher, vor DRG-Zeiten, konnte der Patient hierher kommen, dann hat er, sagen wir, der kommt mit Herzinfarkt und dann inzwischen hat er aus irgendwelchem Grund ein Magengeschwür entwickelt oder hat ein Magengeschwür, das würde entdeckt, und dann ist er weiterbehandelt worden. Damals war der Patient auf Kardiologie, der wurde auf die Gastrologie verlegt usw. und so fort. [...] Jetzt kommt der gleiche Patient, [...] er kommt zur Kardiologie, kommt mit Herzinfarkt und [...] nur das wird berücksichtigt und wenn das heile ist oder wenn alles versorgt ist, dann geht er nach Hause und dann muss er durch den Hausarzt wieder eine Einweisung kriegen und wieder herkommen zum Gastrologen, was ich eigentlich nicht verstehe, aber so sind jetzt die Regeln. Auch merkt man das bei den Chirurgen, wenn wir einen Patienten auf die Chirurgie verlegen möchten, die sagen: „O. k, wir gucken den an, aber der geht 2 oder 3 Tage nach Hause, wir können den nicht direkt aufnehmen, auch wegen finanzieller Gründe, nach DRG“, das ist alles jetzt ein bisschen komplizierter geworden. (Assistenzarzt, D102, 40)

B.: Also es gibt schon Dinge, die mich stören, das ist z. B. jetzt in der Kardiologie, da kann ich ja immer nur zu sprechen, bei einer Herzbehandlung wird nur ein Stent bezahlt und die Dinger sind, sagte ich ja gerade schon, extrem teuer und wenn der Patient eben an zwei oder mehr Stellen am Herzen ein Problem hat, dann wird, wenn es nicht unbedingt sein muss, auch nur eine Stelle behandelt, und wenn es erforderlich wäre, dann eher noch mal in einem zweiten Eingriff die zweite Stelle behandelt. Das finde ich im Grunde nicht gut, dass das so ist.

I.1: Also das könnte man auch in einem Abwasch dann machen?

B.: Teilweise ja, was für den Patienten angenehmer wäre. Gut es gibt auch medizinische Argumente, auf die man sich zurückziehen kann, zu begründen, warum man nicht mehrere Stellen gleichzeitig behandelt, weil wenn dann hinterher an zwei Stellen Probleme auftreten, ist es möglicherweise auch gravierend gefährlich, aber das ist sicherlich auch eine Ausnahme. Und wenn ich es selber wäre, würde ich mir auch wünschen, dass ich da nicht zwei, drei mal hin müsste und diesen Eingriff machen lassen müsste, sondern dass das alles in einem gemacht wird. Das ist aus Kostengründen im Normalfall nicht möglich, das finde

¹⁵ Allerdings muss hier ein gewisser zeitlicher Abstand eingehalten werden, sonst greifen die Regeln über die Fallzusammenführung (vgl. Metzger 2004: 42 ff.).

ich eigentlich vom System her falsch angelegt. (Assistenzarzt, E101, 72-74)

Es ist ja so, wenn jemand zwei ernsthafte Erkrankungen hat, die beide, sage ich mal, auch ein gewisses Gewicht haben und eine Bedeutung und auch Kosten verursachen, dass man sicherlich überlegt, was ist das Entscheidende im Moment, dass man das behandelt. Und dann ist es wirtschaftlich gesehen, man entlässt den Patienten wieder und nimmt ihn dann wieder auf und macht dann das nächste. Wenn man das nicht tut, verschenkt man Geld. Geld, das letztlich leider erforderlich ist, dafür sind wir inzwischen zu knapp mit unseren Budgets, dass wir uns da irgendwelchen Luxus erlauben können. Das ist nicht möglich. Und das ist für mich schon ziemlich schizophren. (Assistenzarzt, E104, 78-79)

Auch diese Vorgehensweise wird jedoch noch nicht durchgängig praktiziert. Die meisten Befragten betonen, dass es in ihrem Haus durchaus noch möglich sei, mehrere Operationen zusammen durchzuführen, auch wenn das Krankenhaus dies nicht abrechnen könne. Dies gilt besonders bei Kindern und älteren, multimorbiden Personen, denen man zwei Termine nicht zumuten will. Vor allem bei diesen Patientengruppen wird bisher auch darauf verzichtet, zu entlassen und später wieder aufzunehmen, um zwei Fallpauschalen abrechnen zu können. Diese Vorgehensweise ist jedoch nur so lange möglich, wie die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses dies erlaubt.

Nein, machen wir nicht. Klassisches Beispiel ist ja für uns eben: Kommt ein Patient mit einer Gallenkolik, hat Gallensteine. Wir können dann ein IACP, also eine Gallenwegsspiegelung machen, die Steine da rausholen, und dann muss er anschließend operiert werden, muss die Gallenblase entfernt werden. Da kann man dann eben auch künstlich zwei Fälle draus machen: Man schickt ihn erst nach Hause und sagt, kommen Sie mal in acht Wochen wieder - machen wir nicht. Bislang. (...) Und das ist ja gerade bei uns in der Inneren Medizin, wo wir alte, zum Teil uralte Patienten haben, die sind nun mal multimorbid. Das wäre da völlig verrückt und an der Sache vorbei, wenn man sagt, okay, gut, das interessiert mich jetzt alles nicht, ich mache nur das eine. (...) Ob wir darüber alle mal ganz anders denken, wenn wir jetzt Ende des Jahres sehen, dass uns hier lauter Millionen fehlen - gut, weiß ich nicht. Aber im Augenblick gibt es da keine Vorgaben. (Oberarzt, C113, 71-77)

Also multimorbide Patienten kriegen keine andere Behandlung als noch vor 10 Jahren. (...) Also, bei den Kindern weiter auch diese schwer zu organisierenden Eingriffe, wo man in einer Narkose die Mandeln rausnimmt und die Fimose operiert. Das ist nie häufig gewesen und, also für das Kind, um ihm Trauma und Narkose zu ersparen schon. Das ist nicht, das ist nicht verboten. Das liegt in der Entscheidung derer, die dann die Verantwortung dafür tragen. (DRG-Beauftragte, E108, 112)

Ja gut, das ist korrekt, dass man das eigentlich nicht machen sollte, aber in diesem Haus wird es halt sage ich mal, aus Patientenkomfort, gemacht. (...) Das ist natürlich dem Patienten gegenüber nicht korrekt zu sagen, du kriegst Montag Narkose, Leistenhernie, dann entlassen wir dich, und nächsten Monat operieren wir deine Nabelhernie, damit sich das für uns rechnet. Wir machen beides in einer Narkose. Solange das wirtschaftlich noch machbar ist. (Oberärztin, E103, 298)

Verkürzung der Liegezeiten und Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich

Die Liegezeiten im Krankenhaus sind seit den 1990er Jahren, also schon vor Einführung der DRG rückläufig. Diese Entwicklung ist nicht per se negativ zu bewerten, denn kürzere Liegezeiten werden z. B. auch durch den medizinischen Fortschritt möglich. Es gibt auch Indizien dafür, dass die Liegezeiten in der Vergangenheit unnötig lang waren und es unerwünschte Nebenwirkungen wie z. B. Krankenhausinfektionen gab. Problematisch wird es dann, wenn Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen zu früh stattfinden, also Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen werden, zu dem sie eigentlich noch nicht entlassungsfähig sind.

Nach übereinstimmender Meinung der Befragten trägt die DRG-Einführung zu einer weiteren Verkürzung der Liegezeiten bei. Gleichwohl gibt es parallel eine Entwicklung, die untere Grenzverweildauer¹⁶ nicht zu unterschreiten, um keine Abschlüsse in Kauf nehmen zu müssen oder sich sogar Nachfragen der Kassen einzuhandeln, warum der Patient nicht ambulant behandelt wurde, womit der gesamte Erlös in Frage gestellt wäre. Insoweit kann es vorkommen, dass ein Patient länger im Krankenhaus bleibt, als eigentlich nötig.

Ich finde es ein bisschen unnötig, dass wir uns mit so etwas auseinandersetzen müssen, aber wenn daraus kein wesentlicher Nachteil für den Patienten resultiert, also hier wäre es ja im unangenehmsten Fall, dass er eine Nacht bleiben muss, wo er sonst schon abends gehen könnte. Das halte ich aber noch für eine vertretbare Belastung, was wirklich sein muss, weil es ja letztlich nur um die Möglichkeit der Abrechnung geht. (Assistenzarzt, E101, 197)

Die meisten Ärzte und Pflegekräfte sagen, dass der Entlassungszeitpunkt nach medizinischen und nicht nach wirtschaftlichen Kriterien (mit Ausnahme eben der unteren Verweildauer) festgelegt werde und flexibel entsprechend der Patientenbedürfnisse gehandhabt wird. Es bestehen durchaus Spielräume, Patienten über die obere Verweildauer hinaus da zu behalten, was die Ärzte gegenüber den Krankenkassen allerdings gut begründen müssen. Und es gibt offenbar auch die Möglichkeit, Patienten zumindest einige Tage länger stationär aufzunehmen als medizinisch notwendig, etwa wenn die häusliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Insofern fließen auch soziale Kriterien mit in die Entscheidung über die Entlassung ein.

Ich sag mal jetzt so Stichwort „Blutige Entlassung“, so nach dem Motto, wir machen das Nötigste und schmeißen die Leute dann auf die Straße, für die, die dann draußen sich weiter darum kümmern müssen. Das ist nicht passiert. Wir haben ja auch z. B. in dem Bereich der Geburtshilfe schon länger nach Fallpauschalen abgerechnet. Das ist ja im Prinzip eigentlich nichts anderes und unser Glaubensbekenntnis war immer so, dass die Frau oder die Mutter oder die Patientin da auch das Maß der Dinge ist, nicht? Die werden nicht nach einem stringenten Zeitraster dann auch auf die Straße geschmissen, wenn die sagt „Ich bin noch nicht in Ordnung“, dann bleibt die noch einen Tag. Das bringt uns nicht um. (Pflegedienstleitung, C103, 30)

Also, diese obere Grenzverweildauer oder mittlere ist ja nur ein Richtwert. Aber es steht immer noch an erster Stelle das Wohl des Patienten. Aber es geht nicht mehr, dass der Patient sagt, ja, ich habe aber heute nichts in der Truhe, ich möchte dementsprechend erst nächste Woche gehen. Das ist kein Argument. Aber es ist sehr wohl ein Argument, wenn der Arzt sagt, der Heilungsprozess ist noch nicht entsprechend abgeschlossen, der Patient kann noch nicht entlassen werden. Und dann wird es eine Auseinandersetzung mit der Kasse geben, aber das kann er dann auch argumentativ vertreten. (DRG-Beauftragte, C110, 140)

Also, es gibt bestimmte Krankheitsbilder, die bei uns, wenn alles glatt läuft, zwei Tage nach der OP wieder nach Hause gehen. (...) Und dann gibt es Patienten, die zum Beispiel eine Dickdarmoperation haben, bei einem normalen Verlauf gehen die nach acht bis 10 Tagen, das ist ein bisschen davon abhängig, wie alt der Patient ist, ob der Patient nach Hause will und ob er auch versorgt ist. Es gibt junge Leute, die wollen ganz schnell nach Hause, und es gibt halt ältere Leute, gut, die wollen nicht nach Hause, aber die sind auch noch nicht entlassungsfähig, die sind noch zu klapprig. Das geht nicht, die kommen nicht so schnell auf die Beine. (Oberärztin, E103, 386)

¹⁶ Siehe Kasten auf Seite 6 ff.

Einige Ärzte haben den Druck, die Liegezeiten möglichst kurz zu halten, verinnerlicht und verzichten auf eine umfassende Anamnese, was den Patientenbedürfnissen entgegen laufen und Folgen für die nachfolgenden Therapieentscheidungen haben kann.¹⁷

Als ich angefangen habe vor 20 Jahren, war sicher mein Ansatz, dass ich gesagt habe, ich will *möglichst* viel von den Patienten wissen, ich möchte *möglichst* genau meine Anamnese, meine Diagnosen erhoben haben, und mir möglichst viel Gedanken darüber machen, mag sein, dass das idealistisch war, aber was wir so tun wollen. Und heute ist es so, dass, wenn ein Patient kommt, ich mich wirklich tunlichst als erstes frage, wann will ich ihn entlassen? Und das ungebremste Umgehen mit Ressourcen ist sicher etwas, was gesundheitsökonomisch und unter vielen Aspekten nicht das Ideale ist. Ob das, was wir zurzeit tun, das Ideale ist, das weiß ich nicht. Und ich bin nun 47, das heißt, ich habe sicher noch, wenn ich gesund bleibe, ein Berufsleben von 20 Jahren vor mir, und ob sich die DRGs so lange halten, wenn ich wetten müsste, würde ich eher sagen, nein. Ich denke, ich könnte es noch erleben, dass kluge Köpfe uns die Vorteile des tagesgleichen Pflegesatzes wieder erläutern. Ich gehe eigentlich davon aus. (Assistenzarzt, D101, 82)

Da die Entscheidung über die Entlassung bei den Ärzten liegt, können sich innerhalb ein und desselben Krankenhauses unterschiedliche „Entlasspraktiken“ entwickeln. So gibt es in einem Haus sowohl einen – wohl eher profilierungssüchtigen – Chefarzt, der „blutige Hüften“ entlässt, um Kapazitäten für neue Operationen frei zu bekommen, als auch einen anderen, der mit Augenmaß entlässt:

B01: Also ich finde, es kommt darauf an, worum es geht. Wenn wir hier blutige Hüften entlassen und in die Reha schicken, ist das nicht witzig. Da, finde ich, wird das dann übertrieben. Da gehen die zu früh.

B02: Von unserer Abteilung kann ich sagen, das scheint noch so das Mittelmaß zu sein, wie sie das handhaben. Unser Chef passt schon auf, eine Bandscheibe eher doch nicht vor dem siebten Tag zu entlassen, obwohl das andere Kliniken schon machen. (...)

B01: Und unser Chefarzt hier, 7. Etage, der ist so drauf, der will ganz viel malochen. Der operiert wie blöd, hat gar keine Betten, und der schmeißt dann eben Hüften schon am vierten Tag raus und schickt die in die Reha. Und die sagen da: Wie soll *das* gehen? (Pflegeleitung, B101, 329, 330, 333).

Auch wenn es nach Ansicht der Befragten bisher (noch) nicht in großem Stil zu den befürchteten „blutigen“ Entlassungen durch die Einführung der DRG gekommen ist und sich eine möglichst frühe Entlassung häufig auch mit den Patientenwünschen deckt, wird die Verkürzung der Liegezeiten insbesondere von Pflegekräften, aber auch einigen Ärzten kritisch beurteilt.¹⁸ Die Patienten würden zu einem Zeitpunkt entlassen, zu dem sie noch nicht wieder gesund sind und teilweise noch Schmerzen haben bzw. ihre Selbstständigkeit noch nicht wieder voll erlangt haben, so dass der Genesungsprozess teilweise außerhalb des Krankenhauses stattfinden muss. Dies sei vor allem für ältere Personen nachteilig, die „ein bisschen mehr Zeit brauchen, bis sie wieder auf die Beine kommen“ (DRG-Beauftragte, C110, 121). Durch frühe Entlassungen steigt nach Aussage eines Assistenzarztes auch das Risiko von Komplikationen, was zu Wiederaufnahmen führen kann.

¹⁷ „Ohne vernünftige Anamnese geht die Arbeitsdiagnose aber in die falsche Richtung, die Diagnostik in die falsche Abteilung und die Therapie zum falschen Patienten. Ob das auch ökonomisch dauerhaft Sinn macht, ist mehr als fraglich“ (Feld 2005: A-2128).

¹⁸ Die Verkürzung der präoperativen Liegezeiten wird von einer Oberärztin allerdings als uneingeschränkt positiv für den Patienten gewertet.

Da müssen wir Patienten, die noch nicht 100%ig heil sind, nach Hause schicken. [...] Und leider das erhöht die Komplikationsrate. Beispiel: Eine Patientin mit, sagen wir [...] -Pneumonie, [...] da steht Mindestverweildauer, sagen wir, bis 6 Tage. Ja aber bei unseren Omas oder Opas, die 80 Jahre sind und die eine Reihe von Nebenerkrankungen haben, mit Zuckerkrankheit mit was mit dem Herzen und so weiter und so fort. [...] Ich kann diese Dame nicht auf die Beine in 6 Tagen kriegen, weil das gibt es eine Reihe von Multi-Erkrankungen, Multimorbidität und Multimortalität, die mitläuft, und ich kann mich nicht nur auf die Pneumonie konzentrieren, aber ich muss sie leider nach 6 oder 8 Tagen entlassen, so früh wie möglich und dann, wenn die Glück hat, dann bekommt sie keine Komplikationen, dann läuft das gut. Sie bekommt ihre Medikation weiter zu Hause bis Ende, unter Kontrolle von Hausarzt, aber in manchen Fällen und das ist nicht gering, muss man sagen, die kommen innerhalb von nächsten 72 Stunden mit Komplikationen, entweder mit Rezidiv oder mit anderen Komplikationen, weil das nicht ausreichend behandelt war. Z. B. die gehen noch mit Entzündung nach Hause und die trinken nicht so viel, weil die neigen nicht dazu, und ist niemand da, der die immer daran erinnert und dann kommt es dazu, dass die in Exikose z. B. kommen und dann, wenn man sich fragt warum, ja die ist zu früh entlassen und war nicht in der Lage sich zu versorgen, und der Körper braucht Versorgung, besonders in dieser Genesungsphase, und dann kommen die zurück. (Assistenzarzt, D102, 42-44)

Die Pflegekräfte haben aufgrund der kurzen Liegezeiten keine Zeit mehr, ein Verhältnis zum Patienten aufzubauen und die Patienten richtig kennen zu lernen, um ihn entsprechend seiner Ressourcen und Probleme adäquat zu fördern.¹⁹

Also früher wurden Erkrankungen und auch vieles sehr ernst genommen, auch sehr christlich orientiert war das alles, also es war wirklich, der Patient so wie er war, und er wurde krank aufgenommen und wurde entlassen als er ganz gesund war und er sich wohl fühlte. Und da wird jetzt nicht so die Rücksicht darauf genommen. Man hat..., gerade was auch auffällt, früher hatten wir viele Patienten, die lange dagelegen haben, die wurden operiert und hatten halt auch lange die Möglichkeit, den Gesundheitsprozess oder Genesungsprozess bis zum Ende auszuleben, man hat sie sozusagen begleitet, und jetzt haben wir halt auch wirklich nur die akut Schwerstpflegefälle und sich dann da so in ein Verhältnis aufzubauen, dass man auch viel Beratung oder so gibt, das gibt es kaum noch. Also, es wird nur noch malocht und Schwerstpflegefälle hin oder her, und sobald es denen wirklich ein bisschen besser geht, gehen sie wirklich nach Hause oder in eine Anschlussheilbehandlung oder so. (Pflegekraft, C105, 12)

Die Verkürzung der Liegezeiten geht auch mit einer Verlagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich einher. Ein Teil der Behandlungskette wird auf die niedergelassenen Ärzte verlagert, wodurch die Gefahr besteht, dass die Kontinuität der Behandlung unterbrochen wird. Denn die niedergelassenen Ärzte sind aufgrund ihrer Budgetrestriktionen teilweise nicht auf diesen Mehrbedarf eingestellt. Die Folge ist, dass im Krankenhaus begonnene Behandlungsmethoden manchmal nicht übernommen bzw. teure Medikamente substituiert oder ganz abgesetzt werden:

Ich habe heute einen Patienten gesehen, dem habe ich vor eineinviertel Jahren einen cruralen Bypass gemacht, also ganz nach unten, und der läuft fantastisch, natürlich mit Marcumar, und da hat der Hausarzt jetzt Osteoporose bei ihm festgestellt, und weil er ihm da Spritzen geben will, hat er einfach das Marcumar abgesetzt. Seit 14 Tagen kein Marcumar mehr, und dann habe ich gesagt, jetzt kann er warten, bis der Bypass zugeht, und den Fuß muss man dann abschneiden. Jetzt hat der Patient Angst gekriegt und ist heute wieder zum Hausarzt gelaufen. Ja, es ist wirklich so, das ist eine Folge von diesen Abrechnungssystemen. Die Hausärzte sehen eine Möglichkeit, da Geld zu verdienen mit Osteoporose-Spritzen, was auch immer das ist, und da kann man natürlich nicht einfach IM oder sonst was spritzen, wenn der Patient markumarisiert ist... (Oberärztin, B105, 119).

¹⁹ Hierdurch steigt nach Ansicht einer stellvertretenden Pflegedienstleitung auch die Fehlerquote, ohne dass sie hierfür konkrete Nachweise bringen kann (Stellv. Pflegedienstleitung, C106, 20).

... man hat auch gesehen, dass er eine andere Behandlung eingeleitet hat, oder ich sage mal, eine Behandlungsänderung. Er hat halt andere Wundheilungsstrategien eingeleitet nach dem Motto: „Ihr habt das verordnet, aber wir haben das nicht in der Praxis, jetzt müssen wir etwas anderes machen.“ (Assistenzarzt, C107, 83)²⁰

3.3 Soziale Dimension der Versorgung

Bisher wurde untersucht, wieweit sich die handwerklich-technische und die ganzheitliche Dimension der Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen verändern. Wie sieht es mit der sozialen Dimension aus? Befürchtet wird, dass die DRG-Einführung einer flächendeckenden Grundversorgung entgegen wirkt und zu einer Diskriminierung bzw. selektiven Benachteiligung bestimmter Patientengruppen, insbesondere multimorbide und chronisch kranke Menschen, führt (vgl. Lenk u. a. 2005, Wilmsen-Neumann 2005). Außerdem stellt das DRG-System besondere Anforderungen an die Kompetenz der Patienten: „Das neue System dürfte zwar dem aktiven, autonom entscheidenden Patienten entgegenkommen, der ein Mehr an Informationen aus den geplanten Qualitätsberichten nutzt, um für sich ein Maximum an hochwertigen medizinischen Dienstleistungen zu realisieren. Auf der anderen Seite könnte das neue System aber Patientengruppen benachteiligen, die zur aktiven Nutzung solcher Informationen nicht oder weniger gut in der Lage sind“ (Lenk u. a. 2005: 1653).

Abweisung von Patienten und Wartelisten?

Nach Aussage der Befragten werden bis auf wenige Ausnahmen alle notwendigen Behandlungen durchgeführt und keine Patienten aus anderen als medizinischen Gründen an andere Krankenhäuser weiter verwiesen. In kleineren Krankenhäusern übersteigt die Behandlung bestimmter teurer und seltener Krankheiten allerdings das Budget. In diesen Fällen werden die Patienten an andere Kliniken weiter verwiesen, die auch als kompetenter gelten, da sie die Behandlungen häufiger durchführen.

Nein, nein, bin ich von überzeugt, weiß ich auch, dass es Einstellung des Geschäftsführers ist. Also es muss eine Indikationsstellung geben und wenn diese Indikation gegeben ist, dann gibt es diesbezüglich keine Grenze. Was man natürlich überlegen muss, wenn hier ein Bluter kommt und will an der Lunge operiert werden oder so, dass ist etwas, was so ein Krankenhaus nicht leisten kann, so etwas muss dann an die Uni-Klinik. Das muss man sich ganz klar überlegen, weil die Folgekosten einfach immens wären. Aber das ist nicht das, was Sie meinen, Sie meinen nicht den Extremfall? Nee, das wird, ein Krankenhaus unserer Größe würde das umbringen. (Stellv. Pflegedienstleitung, C106, 56)

Da kann man nicht, nur weil irgendetwas besonders teuer ist, sagen, das machen wir nicht und brechen ab. Dann ist das Spektrum-, engt sich ein, und das ist von außen her auch problematisch für die Patienten zu erkennen, was machen die eigentlich? Nach dem Motto, bis zu einem bestimmten Schweregrad von Kosten machen sie es und dann nicht mehr. Wir haben auch ein Leitbild in diesem Krankenhaus, und da steht eben auch drin, dass hier die Patienten so zu behandeln sind und von uns behandelt werden sollen,

²⁰ Dass es Probleme an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich gibt, hat bereits unsere erste Patientenbefragung gezeigt (Braun/Müller 2003). Schon vor Einführung der DRG hatte ein Teil der befragten Patienten Schwierigkeiten, notwendige nachstationäre Leistungen zu erhalten.

wie es auch der entsprechende Stand der Wissenschaft ist. Wenn es jetzt natürlich zu solchen Problemen kommt, wo der Preis ausufert, da ist es einfach, wo wir-, der Patient nicht-, wo wir auch die Qualifikation, das heißt, die häufige Behandlung gar nicht durchführen. Dann ist es natürlich sinnvoll, den woanders hinschicken, an eine Universitätsklinik oder wohin. Wenn wir das häufiger machen, damit auch das, was durchgeführt werden soll, qualitativ natürlich auch für den Patienten sinnvoll eingesetzt werden kann. (Ärztlicher Direktor, C108, 72)

Ein Krankenhaus der Maximalversorgung hat dagegen als „letztinstanzlicher Problemlöser für Medizin in der Region“ kaum Möglichkeiten, Patienten abzuweisen.

Ich denke, davor schützt einen schon der Versorgungsauftrag dieses Krankenhauses. Wir suchen uns die Patienten nicht aus. Es gibt ja Krankenhäuser, die sich ihre Patienten aussuchen können. Das ist hier nicht so. Also, es wird niemand abgewiesen. Das ist..., geht nicht. (DRG-Beauftragte, E108, 134)

Wir haben nämlich kein Haus, wohin wir weiterhin wegschicken können. Andere Krankenhäuser, sagen wir der mittleren Versorgungsebene oder auch der unteren Versorgungsebene, die können einfach sagen: Wisst ihr was – die sagen das nicht öffentlich, aber die denken das dann – das wird uns jetzt zu teuer oder zu kompliziert oder beides, da gehen Sie mal besser ins Klinikum oder in die Poliklinik oder sonst wo hin. Wir sind hier, sag ich mal, der letztinstanzliche Problemlöser für Medizin in der Region. So. Und dann kriegen sie zeitweilig Patienten hier in sehr schwierigen Zuständen angeliefert und und und. So. Und da sagt mir dann auch natürlich der behandelnde Arzt zu Recht: Ja, was soll ich denn machen? (Geschäftsführer, E105, 181)

Unter DRG-Bedingungen zeichnet sich in einigen Krankenhäusern eine Tendenz zur Verlängerung der Wartelisten bis zur stationären Aufnahme ab, zumindest in denjenigen operativen Abteilungen, die viele Routineoperationen durchführen, wie z. B. HNO-Ärzte. Längere Wartezeiten auf Operationen, etwa weil das Budget erschöpft ist, gelten – außer bei Krebspatienten – als „vertretbar“, da hiermit nur geringe Nachteile für Patienten verbunden seien.

Das ist halt unangenehm, dass es so ist, aber es ist kein wirklicher Nachteil, der jemandem daraus erwächst und deswegen finde ich es vertretbar und kann mich dem auch anpassen, ohne dass ich mich da verbiegen muss. Ich habe nicht den Eindruck, dass – es liegt auch am Krankenhaus – aber ich habe nicht den Eindruck, dass die wirklich entscheidenden Dinge nicht bezahlt werden. Das sind Nuancen, die nicht bezahlt werden an möglichen Verbesserungen und, auch z. B. das Beispiel mit der Hüfte, wenn die im Oktober verbraucht sind, die Zahl der nötigen Hüften, na ja ich finde, das ist vielleicht ein komisches System, aber die Welt geht auch nicht unter, wenn die Hüfte erst im Januar operiert wird. (...) Wenn es darum ginge, dass tatsächlich jemand keine Chemotherapie mehr bekäme, und ich finde es schon grenzwertig, wenn jemand nur da zwischen den Krankenhäusern hin und her geschickt wird, bis das einer macht, und da hört es auf, da ist in jedem Falle die Schmerzschwelle überschritten. Weil, der ist so krank, der muss sich um so ein System wirklich keine Gedanken mehr machen müssen, in meinen Augen. (Assistenzarzt, E101, 197-201)

Bevorzugung und Benachteiligung einzelner Patientengruppen?

In den Interviews gibt es Hinweise darauf, dass Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten im Vorteil sind und etwa keine oder geringere Wartezeiten auf Operationen haben oder auch weniger von der Fraktionierung der Leistungserbringung betroffen sind. Darüber hinaus spielen mindestens zum Teil auch Durchsetzungsfähigkeit, Eloquenz oder Beziehungen von Patienten eine Rolle dafür, ob bestimmte Leistungen früher oder später in Anspruch genommen werden können.

Nach Ansicht der Pflegekräfte sind insbesondere ältere Patienten die Leidtragenden der Sparpolitik in den Krankenhäusern. Erstens haben die Pflegenden, wie bereits angedeutet, bedingt durch Personalabbau und Zunahme administrativer Tätigkeiten weniger Zeit, auf die speziellen Bedürfnisse älterer und multimorbider Patienten einzugehen. Zweitens ist diese Patientengruppe weniger in der Lage bzw. es auch nicht gewohnt, sich aktiv über den eigenen Gesundheitszustand zu informieren und ggf. Forderungen zu stellen.²¹

Also ich denke, derjenige der darunter leidet, ist der alte Mensch; der alte Mensch mit vielen Nebenerkrankungen, mit vielen, na ja Defekten kann man fast sagen, der schlecht hören kann, langsamer ist im Aufstehen, Probleme mit der Verdauung und solche Sachen halt hat, da wäre ich früher viel intensiver darauf eingegangen. ... Man hat sich früher wesentlich mehr um die Leute gekümmert, man hat viel beobachtet, viel gesehen, wenn man intensiv mit den Leuten..., z. B. durch die Prophylaxen. Heute reibe ich die Brust ein mit so einer Salbe, weil das ja Standard ist und ich nach Standard pflegen muss, aber früher hätte ich vielleicht das Fenster auf und mit dem Atemübungen gemacht usw. und so fort, und er hätte vielleicht die Lungenentzündung nicht gekriegt, nicht? Da macht man schon viele Abstriche, gerade bei diesen Massiven, die sich verbal nicht so äußern können oder auch einfach nicht wollen, weil die zu schwach dafür sind, und da wäre ich früher anders drauf eingegangen. Heute bin ich froh, dass ich meine Arbeit erledigt habe. Und, wie gesagt: „Dieser Patient steht im Mittelpunkt“, da macht man wirklich wesentlich halt Abstriche. In diesen ganzen anderen Dingen, dieses Ganzheitliche, was ich halt auch schon sagte, nicht? Dann macht man Visite, man macht die nötigsten Einreibungen, das war es. Früher hat man mit denen viele Dinge gemacht mit Mobilisation, denen Bewegungsübungen gezeigt, dass sie auch selber geübt haben, dass man sagt: „Wissen Sie was, das und das können Sie machen, damit Ihr Bein wesentlich schneller belastet werden kann oder belastungsstabil bleibt“. Das macht man heute nicht mehr, weil man sagt, dann ist da vielleicht eine Krankengymnastik, die das irgendwie eventuell macht, und der Patient muss halt selber zusehen, wie er damit klar kommt. (Pflegekraft, C105, 52)

Wohnortnahe Versorgung?

Eine andere Frage ist, welche Entfernung zum nächsten Krankenhaus Patienten in Zukunft zugemutet wird.²² Wenn es unter DRG-Bedingungen, wie befürchtet wird, durch Bettenabbau, Schließungen unrentabler Krankenhäuser, Zusammenschlüsse oder Ausbau von spezialisierten Zentren verstärkt zu einer räumlichen Konzentration von Leistungen kommt, bedeutet dies zumindest für die Bevölkerung außerhalb der Ballungsgebiete längere Fahrtzeiten.²³ Dieses Problem wird insbesondere in einem kleineren Kreiskrankenhaus thematisiert:

Wenn Sie davon ausgehen, dass unter DRG-Bedingungen etwa 20% der Betten abgebaut werden sollen, das ist ja eine Zahl, die eigentlich von niemandem wesentlich bestritten wird. Und wenn Sie sich Aussagen von ja nicht einflusslosen Leuten wie Lauterbach oder wem auch immer anhören, dass 40 km bis 50 km Entfernung vom nächsten Krankenhaus für einen Patienten eine befriedigende, ausreichende und nach dem Sozialgesetzbuch 5 entsprechend verlangte Versorgung darstellen, na ja, gut, dann sind natürlich gerade Häuser dieser Größenordnung diejenigen, von denen ich ausgehe, dass sie als erste zuge-macht werden. (Assistenzarzt, D101, 154)

²¹ Auf der anderen Seite wird bei dieser Patientengruppe, wie oben gezeigt, oftmals von einer fragmentierten Leistungserbringung (z. B. Entlassung und Wiederaufnahme) abgesehen.

²² In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass es unter DRG-Bedingungen ohne finanzielle Abschläge kaum noch möglich ist, Patienten (in den Interviews wird konkret auf Neugeborene Bezug genommen) in die Nähe ihres Heimatortes zu verlegen, so dass die Eltern in der Regel längere Fahrtzeiten haben oder am Ort des Krankenhauses übernachten müssen.

²³ Hierdurch werden wiederum ältere und multimorbide oder chronische kranke Patienten besonders benachteiligt, da sie in der Regel weniger mobil sind.

In dem Maße, in dem spezialisierte Zentren aufgebaut werden, wird es nach Ansicht des Geschäftsführers dieses Krankenhauses auch schwieriger werden, qualifizierte Ärzte „in die Fläche“ zu bekommen. Insoweit befürchtet er „eine Verödung der medizinischen Landschaft“ (Geschäftsführer, D104, 136) und dass die medizinische Qualität, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung, in kleineren Krankenhäusern und ländlichen Regionen sinkt.

4 Spielräume der Krankenhäuser und Einflussfaktoren auf die zukünftige Entwicklung

Die Fallstudien haben gezeigt, dass sich die DRG-Einführung in verschiedener Hinsicht auf die Versorgungsqualität auswirkt. So deutet sich bereits jetzt an, dass diagnostische Maßnahmen reduziert werden sowie psychosoziale Aspekte und die Ganzheitlichkeit der Behandlung in den Hintergrund treten. Auch werden alte und weniger mobile Patientengruppen unter DRG-Bedingungen tendenziell benachteiligt. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine einheitliche Entwicklung. In den einzelnen Krankenhäusern herrschen vielmehr teilweise unterschiedliche Praktiken und es bestehen noch Spielräume, wirtschaftliche Aspekte zu Gunsten der Patientenbedürfnisse in den Hintergrund treten zu lassen. Nun befindet sich das DRG-System im Augenblick noch in der Entwicklungsphase und auch die Konvergenzphase ist noch nicht abgeschlossen, so dass der eigentliche „Härtetest“ für die Krankenhäuser noch bevorsteht. Die Frage ist deshalb, wie die zukünftige Entwicklung aussehen wird. Welches Gewicht ökonomische Ziele gegenüber medizinisch-pflegerischen *in Zukunft* haben werden, dürfte nach den Ergebnissen der Fallstudien insbesondere von folgenden Bedingungen abhängen:

Erstens gibt es unterschiedliche *Strategien der Krankenhausleitungen*, Kostenbewusstsein bei den Mitarbeitern zu verankern und ärztliche und pflegerische Entscheidungen zu beeinflussen.²⁴ Diese haben in der Vergangenheit nicht zuletzt dazu geführt, dass die Mitarbeiter in unterschiedlichem Maße hinter der Sparpolitik der Geschäftsführung stehen. Insoweit hängt die weitere Entwicklung u. a. davon ab, wie weit es den Krankenhausleitungen auch in Zukunft gelingt, Einfluss auf ärztliche und pflegerische Entscheidungen zu nehmen und z. B. widerständige Chefarzte im Zuge der Personalentwicklung „auszutauschen“.

Der frühere Chefarzt ist rausgeschmissen worden, weil uns das zu lau war, was der da produzierte. Case-

²⁴ Über explizite Vorgaben der Krankenhausleitungen, bestimmte Behandlungen nicht durchzuführen oder eine bestimmte Verweildauer einzuhalten, wird in keinem Fall berichtet. Die Krankenhausleitungen versuchen vielmehr, ökonomische Ziele auf anderen Wegen (Personalentwicklung, Informationspolitik, Gespräche, Benchmarking etc.) umzusetzen. Es gibt in den Interviews auch viele Hinweise darauf, dass es sich bei der Institution Krankenhaus zwar um ein hierarchisches Gebilde handelt, das jedoch viele Merkmale von öffentlichen Verwaltungen oder Großbetrieben aufweist, die eine Diffusion des Einflusses der Führungsebene bewirken. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass Entscheidungen der Krankenhausleitung bis zum Assistenzarzt oder der einfachen Pflegekraft ungefiltert oder sogar überhaupt vordringen.

Mix-Index 0,86. Ist zu wenig für Urologie. 1,0 müssen wir mindestens machen. Hat auch andere Gründe, warum er rausgeflogen ist, aber war bezeichnend, dass der Case-Mix-Index nicht passte. (Geschäftsführer, C111, 97)

Zweitens spielt auch die *wirtschaftliche Situation* der Krankenhäuser dafür eine Rolle, wie groß die Spielräume für patientenorientierte Entscheidungen sind. Schon jetzt müssen teure Behandlungen auf „begründete Ausnahmefälle“ begrenzt bleiben, um die wirtschaftliche Situation des Hauses nicht zu gefährden.

Also das ist nicht immer ganz kongruent, also teilweise sind Widersprüche da, die wir dann, wenn es also eine Gefährdung beinhaltet, auch so nicht ganz widerspruchsfrei hinnehmen und dann teilweise auch abweichen, dass wenn wir dann eben die wirtschaftlich ungünstigere Variante wählen müssen, das dann natürlich versuchen auf die begründeten Ausnahmefälle zu beschränken und nicht auf die große Masse, sondern die paar, die eben aus diesem Raster rausfallen, was günstig und kosteneffektiv zu behandeln ist. Die werden dann eben anders behandelt, auch wenn es ein Minusgeschäft wird, aber man kann das nun nicht mit allen machen weil, wir können ja natürlich nicht ins Minus fahren. Also dann schließen wir Kompromisse, aber in den medizinisch begründeten Fällen weichen wir davon ab, aber wissend, dass wir hier gerade rote Zahlen produzieren. (Assistenzarzt, E101, 46)

In Zukunft dürften teure bzw. nicht oder nur teilweise von den Kassen bezahlte Behandlungen nur so lange durchgeführt werden, wie die Gesamtsituation des Krankenhauses es zulässt. Sei es, dass sich Diagnosen, bei denen die Kosten die Erlöse übersteigen mit solchen, bei denen es Überschüsse gibt, die Waage halten, sei es, dass innerhalb des Hauses ein Ausgleich stattfinden kann, d. h. zumindest einige Abteilungen Gewinne machen und zudem die Philosophie des Hauses eher die Gesamtsicht betont. In dem Maße, in dem der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser gegen Ende der Konvergenzphase steigen wird, ist insofern auch davon auszugehen, dass Konflikte mit der Verwaltung, z. B. über die Aufnahme von Patienten oder die Durchführung von teuren Behandlungen, zunehmen werden.

Wir werden uns sicher eine Gruppe von Diagnosen erlauben können, wo wir Geld zulegen. Weil es eine andere Gruppe von Diagnosen gibt, wo wir einen Überschuss machen. Aber man kann diese (...), wo wir zulegen, nicht unendlich steigen lassen. Das darf immer nur ein kleinerer Teil sein und muss sich die Waage mit denen halten, wo man Überschüsse macht. Und wenn das nicht mehr funktioniert, dann kommt das Krankenhaus in eine Schieflage. Und das muss man auch als Arzt erkennen und muss da dann steuern. (Chefarzt, C109, 71)

Es gibt nach wie vor die ganze Palette, das ist schon richtig, aber, ich sag mal, wir gucken da schon auf eine medizinische Qualität. Das muss sein. Das muss auch drin sein. Also ich sag mal so: Noch sind wir nicht angezählt in den roten Zahlen und existenziell bedroht, dann mag die Diskussion sich noch mal verschärfen, ja? (Geschäftsführung, E105, 190)

Drittens verhindert im Moment noch das *Fehlen einer detaillierten Kostenrechnung* eine alleinige Ausrichtung medizinischer Entscheidungen an Kostenerwägungen. Im Umkehrschluss kann man daraus folgern, dass der Auf- und Ausbau von Kostenrechnungen eine Abkehr von den Patientenbedürfnissen und eine noch stärkere ökonomische Orientierung bewirken werden.

Letztlich wissen wir nicht, für welches Geld wir überhaupt welche Leistungen hier erbringen, und ob das dann mit dem, was wir von der Kasse kriegen, überhaupt kostendeckend zu machen ist. ...Also, kurz gesagt, ich weiß definitiv nicht, was uns zum Beispiel eine Magenspiegelung kostet oder eine Ultraschalluntersuchung. Weiß ich nicht. Und ob das sich dann ökonomisch lohnt, das zu machen oder nicht, weiß ich auch nicht. Und deswegen spielt das im Augenblick auch überhaupt keine Rolle in meinen Ent-

scheidungen. Dann steht die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund. Was ja eigentlich auch gut ist. (Oberarzt, C113, 49)

Die Grenze von Sparmaßnahmen ist nach übereinstimmender Meinung der Befragten da erreicht, wo die Qualität der Versorgung gefährdet ist. Über die Definition dieser Grenzen herrschen allerdings zum Teil unterschiedliche Vorstellungen zwischen Krankenhausleitungen, Ärzteschaft und Pflegedienst. Versorgungsdefizite gehen nicht nur zu Lasten der Patienten, sondern können sich auch wirtschaftlich nachteilig für das Krankenhaus auswirken, etwa wenn die Patientenzahlen aufgrund von qualitativen Defiziten zurückgehen. Auch Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten hängen nicht unwesentlich davon ab, ob auch in Zukunft einer hohen Behandlungsqualität von Seiten der Krankenhausleitungen Priorität eingeräumt wird (vgl. Krüger/Rapp 2006). Insofern kommt *viertens* dem Auf- bzw. Ausbau von *Qualitätssicherungssystemen* eine wichtige Bedeutung zu.

Also, für uns ist eben immer das Spannungsfeld, dass wir denken, dass zwar Einsparungen sicherlich irgendwo auch nötig sind und auch sinnvoll sind, aber dann kommen wir an einen Punkt, wo dann einfach die Qualität darunter leidet. Unser Geschäftsführer hat ja immer gern die Beispiele aus der Autoindustrie, weil er meint, dass es eben auch jeder versteht. Aber das ist dann diese Geschichte wie mit dem Lopez damals bei Opel: Natürlich kann man immer weiter sparen, aber irgendwann geht auch die Qualität runter. Und wenn dann keiner mehr zu uns kommt, weil alle denken, was ist das denn hier für ein Krankenhaus, dann haben wir uns natürlich tot gespart, weil dann die Einnahmen auch nicht mehr stimmen. Und ich glaube, da ist eben auch-, herrschen durchaus unterschiedliche Meinungen darüber, wo denn dieser Punkt erreicht ist zwischen den Ärzten und zwischen den Wirtschaftlern. (Oberarzt, C113, 43)

Zurzeit sieht es aber auch so aus, dass dadurch Personal gestrichen wird, oder Stellen nicht wieder bestritten werden, besonders in der Pflege. Und das ist zum Beispiel eine Sache, wo ich glaube, dass es da ein Schuss nach hinten ist, einfach deshalb weil im Endeffekt gerade auch der Heilungs- oder Verbesserungsprozess – Patient kann einfach ein bisschen schneller ein bisschen mehr, dass er mobiler ist – ist häufig nur der guten Pflege zu verdanken. Und um gute Pflege zu machen, braucht man eben auch ein bestimmtes Zeitfenster. Und wenn immer mehr Pflege-, oder examinierte Kräfte gestrichen oder nur durch Hilfsarbeiter ersetzt werden, kann nicht mehr die Qualität an Pflege liefern, die man bisher gemacht hat. (DRG-Beauftragte und ehemalige Stationsleitung, C110, 162)

Fünftens deutet sich an, dass der *Einfluss der Krankenkassen* auf Versorgungsentscheidungen zunimmt. Von den Kassen wird die Trennlinie zwischen ambulant und stationär derzeit so scharf wie noch nie zuvor gezogen und über das Entgeltsystem durchgesetzt. So haben die Anfragen des MDK und die Dokumentations- und Begründungszwänge für die Ärzte zugenommen. Hinzu kommt, dass in bestimmten Bereichen, z. B. ambulante Versorgung, Direktverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vorgesehen sind. Freiräume für eine Orientierung an Patientenbedürfnissen könnten über kurz oder lang deutlich schwinden.

Also, ich denke, wenn die Medizin soweit geht, dass die Krankenkassen hier bestimmen, was passiert, dann muss man wirklich um die Patienten Angst haben. Aber so ist es nicht hier. Wichtig ist nur, und dazu muss ich auch immer, und müssen wir Chefärzte die Kollegen anhalten, sauber zu dokumentieren. Kritisch und sauber zu dokumentieren. Nicht hier irgendwas zu optimieren oder stationär zu forcieren, sondern einfach so, wie es der Augenschein ist und danach geht es auch. Wenn ein Arzt den Zustand des Patienten kritisch einschätzt, dann soll er das dokumentieren. Und dann kann ein Krankenkassenvertreter kommen und sagen, das hast du falsch eingeschätzt. Das kann sein! Aber wenn die Situation auf begründeter Symptomatik und Befunden so ist, und dann steht da-, und der Kollege ist kritisch, dann wird da

auch nichts passieren. (Ärztlicher Direktor, C108, 125)

In dem Maße, in dem der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser und der Einfluss von Krankenhausleitungen und Krankenkassen zunehmen, gewinnen *sechstens* die *Durchsetzungsfähigkeit* oder auch der Mut einzelner Ärzte, gegen Leitungen und Krankenkassen zu opponieren und bestimmte Behandlungen durchzusetzen oder mindestens gute Begründungen zu schreiben an Bedeutung. Traditionen bzw. neuerdings Leitbilder können in diesem Zusammenhang ein weiteres potenzielles Gegengewicht gegen Sparmaßnahmen oder Anforderungen bzw. Zumutungen der Verwaltungsleitung sein, da man sich bei Konflikten zwischen Medizin und Ökonomie hierauf berufen kann. Wie wirksam und widerständig solche Leitbilder in Zukunft sind, bleibt jedoch abzuwarten.

Ja, die Verwaltung möchte nämlich: die Leute nehmt doch gar nicht auf! Und da sagt die Ärzteschaft, und da mache ich mich auch ganz stark für, und der ärztliche Direktor sieht das ganz genauso, wir sind hier von unserem Leitbild her, wir sind hier ein katholisches Krankenhaus, und wir zunächst einmal für den, der Hilfe braucht, eine Anlaufstelle. Und da passt es nicht, dass man sagt, also, pass mal auf, du brauchst zwar Hilfe, aber mit deiner DRG können wir keinen Blumenpott gewinnen. Bleib mal draußen. Das möchten wir, wenn es geht, vermeiden. Und werden das im Augenblick auch noch tun. Wo das hinführt, weiß man noch nicht, denn es kann natürlich bestehen bleiben. Aber da sehe ich schon einen Konflikt auf uns zukommen. (Chefarzt, C109, 65-67)

5 Fazit

Ziel dieses Beitrags war es, einen ersten Überblick darüber zu geben, welche Folgen die DRG-Einführung für die Versorgungsqualität im Krankenhaus hat. Dazu wurden, im Rahmen des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“, qualitative Interviews mit Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsleitungen in vier Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Trägerschaft ausgewertet. Die Befunde lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

Erstens ist es schwierig, den „eigenständigen“ Beitrag der DRG-Einführung zu isolieren und festzustellen, welche Anpassungsleistungen der Krankenhäuser bereits im Vorfeld der Einführung des DRG-Systems als Reaktion auf die Budgetierung erfolgten und durch die DRG-Einführung ggf. verstärkt werden, welche als unmittelbare Folge der DRG angesehen werden können und welche eher unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Akteurskonstellationen in den jeweiligen Krankenhäusern zuzuordnen sind. Eindeutige Aussagen über die Folgen der DRG-Einführung sind auch deshalb schwierig, weil es sich um ein „lernendes System“ handelt und der wirtschaftliche Anpassungsdruck auf die Krankenhäuser durch eine Konvergenzphase abgepuffert wird.

Zweitens kann sich das DRG-System auf verschiedenen Wegen auf die Versorgung auswirken, wobei unmittelbare, direkte und mittelbare, indirekte Effekte unterschieden werden können. Auf der einen Seite gibt es bestimmte Abrechnungsregeln, die die Behandlung der Patienten direkt beeinflussen. Hierzu gehören insbesondere die Regeln zur Verlegung, zur Fallzusammenführung sowie die untere und obere Grenzverweildauer. Auf der anderen

Seite verstärkt die DRG-Einführung den (seit Jahren bestehenden) Druck auf die Krankenhäuser, Kosten zu sparen, etwa im Bereich Personal. Schließlich wirkt sich die DRG-Einführung auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Krankenhäusern aus. Die von uns befragten Ärzte, in geringerem Umfang auch die Pflegekräfte, berichten, dass administrative Tätigkeiten durch die DRG zugenommen haben. Der Pflegebereich ist in allen von uns untersuchten Krankenhäusern besonders stark von Personalabbau und Arbeitsintensivierung betroffen, was nach übereinstimmender Meinung der Befragten ebenfalls durch die DRG-Einführung verstärkt wird. Beide Entwicklungen wirken sich nicht nur auf die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten aus, sondern gehen auch zu Lasten der Versorgungsqualität. Wenngleich die Anzeichen für „gefährliche Pflege“ bislang eher gering sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass durch Überlastung oder auch Kommunikationsdefizite Fehler bei der Versorgung der Patienten passieren, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten bewirken oder die Genesung behindern.

Die DRG-Einführung verstärkt somit viele Entwicklungen, die bereits vorher unter den Bedingungen der Budgetierung begonnen haben. Dies wirkt sich *drittens* sowohl auf die handwerklich-technische als auch die ganzheitliche und die soziale Qualität der Versorgung aus. Die *handwerklich-technische Qualität* scheint dabei bisher am wenigsten betroffen, wenngleich auch hier Abstriche zu erkennen sind. Bislang findet keine Selektion von Patienten danach statt, ob sie dem Krankenhaus (zu) teuer zu stehen kommen und bis auf wenige Ausnahmefälle werden nach Auskunft der Interviewpartner alle Patienten entsprechend dem Stand der Wissenschaft behandelt. Festzustellen ist allerdings eine Reduzierung diagnostischer Maßnahmen. Sofern es sich tatsächlich um überflüssige Maßnahmen handelt, die den Patienten potenziell belasten würden, ist diese Entwicklung positiv zu bewerten. Die Einschränkung der Diagnostik könnte jedoch auch zu Lasten der Patienten gehen, da die Gefahr besteht, dass ohne abgesicherte Diagnose therapiert wird. Die Folgen für die *Ganzheitlichkeit* der Behandlung sind bisher am ausgeprägtesten. Einerseits gerät der kranke Mensch mit all seinen Problemen und Bedürfnissen aus dem Blickfeld, andererseits wird die Kontinuität der Behandlung tendenziell aufgehoben und einer Fragmentierung Vorschub geleistet.²⁵ Die Folgen für die *soziale Dimension* lassen sich noch nicht endgültig abschätzen. Zwar gibt es zumindest in einigen Krankenhäusern noch Spielräume, soziale Kriterien, etwa die Sicherstellung der häuslichen Versorgung, bei der Entlassung zu berücksichtigen. Die Folgen der DRG-Einführung sind jedoch sozial ungleich verteilt: Denn die Einschränkungen bei der psychosozialen Versorgung, die Verkürzung der Liegezeiten und der Trend

²⁵ Welche Folgen die damit einhergehende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich genau hat, ist im Zuge der weiteren Erhebungen und/oder anhand von Routinedaten der Krankenkassen noch genauer zu prüfen. Da der ambulante Bereich noch stärkeren ökonomischen Zwängen unterliegt als der stationäre, ist etwa eine medikamentöse Unterversorgung von aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten durch niedergelassene Ärzte nicht ausgeschlossen. Dies kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und erneuter Einweisung ins Krankenhaus führen. Neben einer Kostenverlagerung in den ambulanten Bereich bzw. in den Bereich der Pflege kann es somit zu einer absoluten Kostensteigerung kommen, die für den Patienten und die Versicherten schlecht sowie volkswirtschaftlich unsinnig ist.

zur Ambulantisierung vernachlässigen tendenziell die Bedürfnisse älterer Menschen. Und auch die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung ist gefährdet, wenn es zu Krankenhaus-schließungen kommt.

Viertens handelt es sich nicht um eine einheitliche Entwicklung. Denn die Folgen der DRG-Einführung unterscheiden sich nicht nur zwischen den untersuchten Krankenhäusern, sondern auch innerhalb ein- und desselben Hauses, z. B. je nach Abteilung oder auch je nach Persönlichkeit der Chefärzte. Es gibt weiterhin Spielräume, ökonomische Gesichtspunkte in den Hintergrund treten zu lassen und z. B. Patienten länger als medizinisch notwendig da zu behalten oder stationär aufzunehmen, wenn es sich „eigentlich“ um eine ambulante Diagnose handelt. Wie groß diese Spielräume sind und wie sie in Zukunft genutzt werden, dürfte nicht zuletzt von den Steuerungsinstrumenten der Krankenhausleitungen, der wirtschaftlichen Lage der Häuser, dem Versorgungsauftrag sowie der Durchsetzungsfähigkeit bzw. den Vorlieben einzelner (Chef-) Ärzte abhängen. Auch der Einfluss der Krankenkassen auf Versorgungsentscheidungen nimmt tendenziell zu. Schließlich bleibt abzuwarten, wieweit Traditionen bzw. Leitbilder einzelner Häuser und der Aufbau von Qualitätssicherungssystemen in Zukunft ein Gegengewicht gegen Einschränkungen der Versorgungsqualität bilden können.

Um Aufschluss über die zukünftige Entwicklung der Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen zu erhalten, sind also weitere quantitative und qualitative Erhebungen im Längsschnitt erforderlich, wie sie im Projekt WAMP vorgesehen sind.

6 Literaturverzeichnis

- Amon, Linda, 2004: *Todesfalle Krankenhaus. Wenn Ärzte pfuschen und vertuschen*. Wien: Ueberreuter.
- Bähr, Katja; Ellinger, Klaus; van Ackern, Klaus, 2000: „Qualität und Qualitätsmanagement - eine Perspektive für das moderne Gesundheitswesen?“, *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 35: 500-506.
- Baller, Sascha; Oestreich, Kerstin, 2005: „Krankenhäuser: DRG-System prägt den Arbeitsalltag“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A 3006-3009.
- Blum, Karl; Schilz, Patricia, 2005: *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Böcking, Wolfgang; Ahrens, Ulrich; Kirch, Wilhelm; Milakovic, Mishael, 2005: “First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries”, *Public Health* 13: 128-137.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2003: *Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung*. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas, 2004: *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung*. St. Augustin: Asgard.
- Deutscher Bundestag, 2001: *Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/ die GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)*. Berlin: Deutscher Bundestag (Drucksache 14/6893).
- Eichenlaub, Astrid; Sangha, Oliver; Schnellschmidt, Henner; Schneeweiss, Sebastian, 2001: „Das ‚Qualitätsmodell Krankenhaus‘ - ein Ansatz zur Messung der Ergebnisqualität“ in: Michael Arnold; Jürgen Klauber; Henner Schnellschmidt (Hg.): *Krankenhaus-Report 2001*, Stuttgart: Schattauer, 209-222.
- Feld, Michael 2005: „Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Weiterbildung wird zum lästigen Nebenprodukt“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A-2128.
- Frantz, Eckart; Scharfe, Frank, 2005: „Fallpauschalensystem: Verzögerte Infarktbehandlung belohnt“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A 1112.
- Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans-Dieter; Loos, Stefan, 2005: *DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 – stationäre Pflege*. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga; Schulze Geiping, Annika; Simon, Mario; Voß, Karin; Wiedemann, Regina; Donath, Elke; Bartholomeyczik, Sabine, 2005: „Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG“, *Pflege & Gesellschaft* 10: 125-130.
- Hopkins Tanne, Janice, 2006: “Children’s mortality increased after hospital introduced computerised ordering system”, *BMJ* 332: 72.

- Kirchner, Wolf; Meinlschmidt, Gerhard, 2002: *Durchführung und Evaluation von Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im Krankenhaus*. Berlin: Berliner Zentrum Public Health.
- Klinke, Sebastian, 2005: *Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitswesen. Auswirkungen der gesundheitlichen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefarzten im Bundesland Bremen*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health.
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen, 2006: *Krankenhaus, Geld und ärztliche Arbeit. Eine sozialwissenschaftliche Studie zur finanziellen Steuerung der Krankenhäuser*. Berlin: Edition Sigma.
- Kraus, Thomas W.; Farrenkopf, Ingrid 2005: „Erlössicherung durch optimale Kodierung“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A 722.
- Krüger, Carsten; Rapp, Boris, 2006: „Ethik im Gesundheitswesen: Behandlungsqualität oberste Priorität“, *Deutsches Ärzteblatt* 103: A 320.
- Kühn, Hagen; Simon, Michael, 2001: *Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus, 2000: *DRG-Fallpauschalen: eine Einführung*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Leister, Jan Eric; Stausberg, Jürgen, 2005: “Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality”, *Health Policy* 74: 46-55.
- Lenk, Christian; Biller-Andorno, Nikola; Alt-Epping, Bernd; Anders, M.; Wiesemann, Claudia, 2005: „Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten?“, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130: 1653-1655.
- Lungen, Markus; Lauterbach, Karl W., 2003: *DRG in deutschen Krankenhäusern. Umsetzung und Auswirkungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Mercurio, Jed, 2005: *OP*. München: Goldmann.
- Metzger, Franz 2004: *DRGs für Einsteiger*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1991: „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet“, in: Detlef Garz; Klaus Kraimer (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Leske+Budrich, 441-471.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1997: „Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung“, in: Barbara Friebertshäuser; Annelore Prengel (Hg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 481-491.
- Müller, Marie Luise, 1994: „Geschichte, Theorie und Praxis der Pflegeberufe“, in: Torsten Kruse; Harald Wagner (Hg.): *Ethik und Berufsverständnis der Pflegeberufe*. Berlin: Springer, 11-55.

- Needleman, Jack; Buerhaus, Peter I.; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya; Mattke, Soeren, 2006: "Nurse Staffing in Hospitals: Is There A Business Case for Quality?", *Health Affairs* 25: 204-211.
- Neugebauer, Birgit; Porst, Rolf, 2001: *Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht*. ZUMA.
- Ordon, Christine; Verbarg, Andrea; Winnefeld, Marlies, 2005: „Die Auswirkungen auf die AHB und BfA nach Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus“, *Die Angestellten Versicherung* 52: 30-38.
- Page, Ann (Hg.) 2004: *Keeping Patients Safe*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Raffel, Andreas; Cupisti, Kenko; Dotzenrath, Cornelia; Krüger, B.; Ohmann, Christian; Schulte, Klaus-Martin; Goretzki, Peter Erich; Röher, Hans-Dietrich, 2004: „Ökonomische Zwänge führen zur Reduktion der stationären Verweildauer. Beispiel: Schilddrüsenoperation“, *Der Chirurg* 75: 702-705.
- Roeder, Norbert 2005: *Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität.
- Rühmkorf, Daniel, 2005: „Heilen im Minutentakt“, *Dr. med. Mabuse* 153: 25-27.
- Simon, Michael, 2000: *Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health (Arbeitspapier P00-201).
- Simon, Michael, 2001: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health (Arbeitspapier P01-205).
- Statistisches Bundesamt, 2004: *Fachserie 12 / Reihe 6.1.1 Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser*. Wiesbaden.
- Vogd, Werner, 2004: *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität*. Berlin: VWF Verlag.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Middendorf, Conrad, 2005: *REDIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Münster: LIT.
- Willich, Stefan N.; Brüggjenjürgen, Bernd; McBride, Doreen; Hecke, Torsten; Straub, Christoph; Kuck, Karl-Heinz, 2005: „Medikament-freisetzen versus konventionelle Stents“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A 3180-3185.
- Wilmsen-Neumann, Jürgen, 2005: „Stirbt die ganzheitliche Sicht des Menschen? Das deutsche DRG-System und die Palliativmedizin“, *Kliniker* 34: 24-28.